



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Coparentalidade em famílias com filhos  
portadores de deficiência**

**Ana Luísa Borges Oliveira**

Orientação: Prof<sup>a</sup> Doutora Heldemerina Samutelela  
Pires

**Mestrado em PSICOLOGIA**

Área de especialização: Psicologia da *Educação*

Dissertação

Évora, 2014



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Psicologia**

*Especialização em Psicologia da Educação*

**Coparentalidade em famílias com filhos portadores de deficiência**

Ana Luísa Borges Oliveira

**Orientador/a:** Prof<sup>a</sup> Doutora Heldemerina Samutelela Pires

Setembro de 2014

*É por e para vós: Avós e Sofia!*



## Agradecimentos

Gostava de agradecer a todas as pessoas que passaram pela minha vida ao longo dos anos, de uma maneira ou de outra, todos mudaram a minha perceção da vida e das pessoas. Mais especificamente, quero agradecer às pessoas que sempre me apoiaram e me ajudaram a realizar os meus sonhos e objetivos e que me ampararam em “épocas de chuva e nevoeiro”.

Avós, é por vocês e para vocês. Sempre foi e sempre será. Obrigada por serem o meu porto seguro, a minha estrutura, por acreditarem em mim e por fazerem com que os meus sonhos se concretizem. Obrigada por serem o meu modelo e por estarem sempre ao meu lado. São o meu maior orgulho e continuo a trabalhar para ser o vosso!

Sofia, és parte de mim! És o coração no meu corpo que faz chegar o sangue a todo o lado. Obrigada por seres a irmã mais chata e mais amorosa deste mundo. Obrigada por sem te aperceberes seres a minha maior motivação e o meu maior orgulho. “You are my person!”

“Paizinho”, simplesmente OBRIGADA! Obrigada por à tua maneira tão peculiar me mostrares a tua confiança, o teu orgulho e o teu amor por mim. Obrigada por seres “o” homem da minha vida, por me ensinares as melhores coisas e por me repreenderes das menos boas que faço. Juntos construímos uma fortaleza que ninguém derruba! Obrigada por seres a minha armadura!

Mãe, obrigada por me teres ensinado, à tua maneira, o que é ser mulher e mãe e por me teres mostrado o “outro lado da barricada”. Arrisco a dizer que a escolha deste curso e deste tema teve tudo a ver contigo e connosco! Obrigada pelo teu apoio e amor.

Raquel, Isabel e Andreia, se existem melhores amigas, vocês são o melhor exemplo disso. Obrigada por todas as palavras, todas as chamadas de apoio e incentivo, todas as noites, todos os “cafés da motivação”!

Joana Rita, obrigada por me aturares, por aguentares o meu mau feitio e por teres sempre uma palavra de motivação para me dares. Sem ti este trabalho já não tinha sentido.

Dra Cristina e Susana, obrigada por toda a ajuda, dedicação e entusiasmo que sempre mostraram em relação ao meu trabalho. Obrigada pelas palavras e gestos de afeto e motivação que só vocês me sabem dar. Obrigada por serem um modelo de

pessoas e de profissionais. Sem vocês este trabalho teria sido um mar de lágrimas em vez de um mar de sorrisos.

Sofia e Carolina, obrigada por partilharem as angústias e as tardes de 40 graus a trabalhar. Obrigada por nunca me terem deixado desistir e por partilharem histórias e conhecimentos comigo. Sem vós Évora em agosto não tinha piada nenhuma.

Sónia e Cátia, simplesmente obrigada! Sem vós esta reta final teria sido um filme de terror. Obrigada pelos cafés, pelos miminhos e por sem se aperceberem serem uma grande motivação.

Miguel e Figo, meus meninos, obrigada pelos anos de paciência, pelas palavras brutas que me fizeram continuar. Obrigada por fazerem parte da minha vida e por me terem feito crescer! Obrigada por estarem sempre do meu lado.

Professora Heldemerina, obrigada por toda a preocupação, todo o afeto e empenho. Obrigada por me fazer trabalhar e por me ter acalmado nos momentos de pânico.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer a todas as instituições que colaboraram comigo neste trabalho. Sem a vossa ajuda nada disto teria sido possível! Muito obrigada!

# **Coparentalidade em famílias com filhos portadores de deficiência**

## **Resumo**

O conceito coparentalidade refere-se à forma como as figuras parentais trabalham conjuntamente os papéis de pais (Sifuentes & Bosa, 2010).

O presente trabalho teve como objetivo estudar a qualidade da colaboração entre os pais/mães, bem como perceber qual a rede social de famílias com filhos/filhas portadores de deficiência.

Participaram no presente estudo 55 pais e mães (n=55) com filhos/filhas portadores de deficiência do Norte e Sul do país, que responderam a duas escalas – Escala de Coparentalidade de McHale e a Escala de Apoio Social.

Os principais resultados encontrados sugerem que a coparentalidade é mais positiva quando o casal vive numa relação conjugal e quando só existe um filho/filha. Concluimos, também, que existe uma relação positiva entre a dimensão integração familiar/afetividade e o apoio social prestado pelo cônjuge.

**Palavras – chave:** Coparentalidade, Família, Deficiência, Apoio Social





# Co-parenting in families with children caring disabilities

## Abstract

Co-parenting concept refers to the way how parenting figures work jointly their parenting roles (Sifuentes & Bosa, 2010).

The primary goal of this investigation was to study the quality of collaboration between parents, as well as understand de social network of families with children caring disabilities. In the present study toke part 55 parents (n=55) with sons caring disabilities, from the North and the South of the country. They answered to scales - McHale Co-parenting Scale and a Social Support Scale.

The main results found sugest that co-parenting is more positive when the couple lives in a marital situation and when there is only one child. We have also concluded that there is a positive correlation between the dimension regarding familiar/afectivity integration and social support provided by the spouse.

**Key Words:** Co-parenting, Family, Disabilities, Social Support



## Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	3
1. Deficiência	5
1.1. Breve Revisão Histórica da Deficiência	5
1.2. Modelos de Concetualização da Deficiência	7
1.3. Deficiência Mental	8
1.3.1. O Conceito de Deficiência Mental	8
1.3.2. Tipologias de Deficiência Mental	9
2. Família	11
2.1. A Família como Sistema	11
2.2. Mudança e Crise na Família	13
2.3. A Família com Filhos/as Portadores/as de Deficiência	15
2.3.1. Alguns Dados da Investigação	18
3. Coparentalidade	21
3.1. Definição e Emergência do Construto	21
3.2. Modelos de Concetualização de Coparentalidade	22
3.3. Alguns Dados da Investigação	26
4. Apoio Social	29
4.1. Definições e Categorias	29
4.2. Apoio Social e Famílias com Filhos/as Portadores/as de Deficiência	30
4.2.1. Alguns Dados da Investigação	32
Parte II – Estudo Empírico	35
1. Plano Metodológico	37
1.1. Contextualização do Estudo	37
1.2. Objetivos do Estudo e Hipóteses	38
1.3. Caraterização da Amostra	39
1.4. Instrumentos	43

2. Procedimentos	47
2.1. Procedimentos de Recolha de Dados	47
2.2. Procedimentos de Análise de Dados	47
3. Resultados	49
3.1. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	49
3.1.1. Estudo Psicométrico da Escala de Coparentalidade de	49
McHale	
3.1.2. Análise da Escala de Apoio Social	56
3.1.3. Estudo das Hipóteses	59
Conclusão	69
Referências Bibliográficas	77
Anexos	83

## Índices de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos pais e das mães em função do género e idade, por região e total da amostra	40
Tabela 2 – Distribuição dos pais e das mães em função das habilitações escolares (níveis de ensino) e total da amostra	41
Tabela 3 – Distribuição dos pais e das mães em função da situação profissional e total da amostra	41
Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos em função do estado civil	42
Tabela 5 – Distribuição dos/das filhos/filhas portadores/as de deficiência mental em função do género e idade	42
Tabela 6 – Distribuição do número de irmãos dos/das filhos/filhas portadores/as de deficiência	43
Tabela 7 – Índices estatísticos dos resultados nos itens da Escala de Coparentalidade para a amostra total (N=55)	50
Tabela 8 – Estrutura fatorial da Escala de Coparentalidade de McHale numa amostra portuguesa (N=55)	53
Tabela 9 – Consistência interna da Escala de Coparentalidade de McHale (N=55)	55
Tabela 10 – Síntese dos principais resultados em termos de frequências da Escala de Apoio Social aplicada a 55 sujeitos	57
Tabela 11 – Resultados da Escala de Apoio Social segundo três dimensões (N=55)	57
Tabela 12 – Estudo das diferenças em função do género dos participantes	60
Tabela 13 – Estudo das diferenças em função do modelo familiar dos participantes	62
Tabela 14 – Estudo das diferenças em função de o/a filho/a portador/a de deficiência ser ou não filho/a único/a	67
Tabela 15 – Relação entre as dimensões da Escala de Coparentalidade e o Apoio Social prestado pelo cônjuge	68

## Índices de Figuras

Figura 1 – Hierarquização do Sistema Familiar

13

## Introdução

Sendo a família o primeiro núcleo de desenvolvimento de um ser humano e o primeiro espaço social onde há a possibilidade de nos expressarmos como pessoas (Bayle, 2005; Dessen & Silva, 2001), pensamos que é importante e interessante perceber como este núcleo funciona aquando do nascimento de um/a filho/a portador/a de deficiência.

O nascimento de uma criança é um momento importante da vida familiar, constituindo-se como um momento de transição para uma nova fase que levará a novos desenvolvimentos (Fiamenghi & Messa, 2007). O subsistema parental é formado a partir desse acontecimento e envolve uma readaptação das identidades individuais de cada um dos membros do casal, bem como a modificação da estrutura familiar (Colissi & Wendling, 2011). Assim, torna-se importante que haja uma colaboração e cooperação entre os pais para garantirem a resposta adequada às necessidades fundamentais da criança.

Quando o nascimento é de uma criança portadora de deficiência, o momento é de grande impacto para o casal, podendo causar uma desestruturação e interrupção no equilíbrio familiar (Dessen & Silva, 2001). As dificuldades da família e a superação das mesmas vai depender da forma como as famílias encaram essas mesmas dificuldades. Mas, também vai depender das suas crenças, preconceitos, valores e experiências anteriores (Colissi & Wendling, 2011). Neste contexto, é de prever que a aliança coparental ou coparentalidade, termo referente ao tipo de relacionamento e entendimento entre os pais em relação ao cuidado prestado ao/à filho/a, assumam um papel importante para a obtenção de um ambiente favorável ao acolhimento e desenvolvimento do novo membro.

O conceito aliança coparental, ou coparentalidade, refere-se à extensão na qual pai e mãe dividem a liderança e se apoiam e ajudam nos seus papéis parentais relacionados com os cuidados à criança (Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini & Bosa, 2005). Quando o/a filho/a nasce com algum tipo de deficiência toda a família está sujeita ao impacto deste acontecimento sendo, provavelmente, o casal o mais afetado. Neste sentido, pensamos que será pertinente estudar a coparentalidade em famílias com filhos/as portadores/as de deficiência com o objetivo de percebermos melhor o tipo de relação estabelecida entre o casal.

O conceito de apoio social surge na nossa investigação por permitir direcionar o nosso olhar para diferentes tipos de apoio social que a família utiliza para ajudar a colmatar as necessidades e dificuldades ao ter um/a filho/a portador/a de deficiência.

Assim, a presente dissertação tem como principais objetivos: estudar, analisar e compreender a qualidade da colaboração entre os pais de filhos/as portadores/as de deficiência, bem como perceber a rede social de apoio destas famílias.

Este projeto foi também influenciado por aspetos pessoais (interesse pela temática), mas sobretudo por razões profissionais. Enquanto técnicos, pensamos que, é fulcral estarmos sensibilizados para as diferentes interações existentes nestas famílias e adequarmos a intervenção às suas necessidades e especificidades.

Esta dissertação contempla duas partes distintas, mas complementares, nomeadamente o estudo teórico e o estudo empírico.

O estudo teórico encontra-se organizado em torno dos quatro conceitos-chave desta investigação. No primeiro referente à deficiência, começa-se por uma breve revisão histórica para percebermos como a visão da deficiência evoluiu ao longo dos tempos e pela análise dos seus modelos conceituais; passando-se depois ao conceito de deficiência mental e suas tipologias. Depois introduz-se o conceito de família, assumindo-se neste estudo a perspetiva sistémica, sendo também abordado o ciclo vital da família e as suas crises, bem como o impacto do nascimento de um filho portador de deficiência. Seguidamente introduz-se o conceito de coparentalidade e analisam-se alguns dos seus principais modelos explicativos, concluindo-se este ponto com a apresentação de alguns dados da investigação. Por último, introduz-se o conceito de apoio social e explicita-se a sua importância para as famílias com filhos portadores de deficiência através da revisão de alguns resultados da investigação.

A segunda parte da dissertação corresponde ao estudo empírico. Começa-se por apresentar uma contextualização do estudo, seus objetivos e hipóteses, passando-se depois à caracterização da amostra, aos instrumentos e aos procedimentos utilizados na recolha e na análise dos dados. Passa-se depois à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, tendo em conta os nossos objetivos.

A presente dissertação termina com uma conclusão. Aqui, sistematizam-se as principais ideias do estudo teórico e os resultados mais relevantes obtidos e analisados na sua componente empírica. Apresentam-se ainda algumas das limitações desta pesquisa, deixando também em aberto algumas pistas para futuros desenvolvimentos da investigação nesta área.



## **Parte I: Enquadramento Teórico**



# 1. Deficiência

## 1.1. Breve Revisão Histórica da Deficiência

Ao longo dos séculos, as pessoas portadoras de deficiência sofreram inúmeras discriminações e perseguições, o que resultava em agressões físicas, emocionais e conseqüentemente a sua marginalização perante a sociedade. Com a evolução da humanidade cresceram as possibilidades de acesso e de reconhecimento na esfera política, educacional e na valorização enquanto indivíduos dentro da sociedade (Aranha, 1995; Dessen & Silva, 2001; Omote, 1994; Pessoti, 1984).

Na *antiguidade*, as pessoas com limitações funcionais e/ou necessidades diferentes das outras eram abandonadas, viviam à margem da sociedade até à morte ou eram assassinadas (Gugel, 2007).

Na *idade média*, as pessoas portadoras de deficiência deixaram de ser assassinadas, contudo a população percebia o nascimento delas como castigo de Deus, acreditando que pudessem ser bruxos. As crianças eram isoladas das famílias e ridicularizadas na sociedade servindo de diversão para os demais. Aliás, persistia a ideia de domínio demoníaco, o qual terminava em longas sessões de exorcismo (Guhur, s.d.). Contudo, estas práticas começaram a ser alteradas e progressivamente abandonadas com a propagação do Cristianismo, passando o Homem a mediar as suas representações com base em novos valores como o amor ao próximo, a compaixão e a tolerância.

Apesar disso, no início da *idade moderna*, as pessoas portadoras de deficiências físicas e mentais continuavam a ser isoladas do resto da sociedade em asilos, conventos e albergues, deixando de lado o tratamento especializado bem como programas educacionais. Deste modo, destaca-se neste período a omissão, negligência e escassez de iniciativas de atendimento à pessoa portadora de deficiência. Reporta-se, assim, à *fase da exclusão social*, onde a sociedade ignorava, rejeitava, perseguia, explorava ou eliminava os indivíduos com qualquer tipo de deficiência (Miranda, 2003).

Após esta fase de exclusão, o tratamento e cuidado das pessoas portadoras de deficiência foi influenciado pela transição da forma de pensar e dos valores da

sociedade. Dá-se começo, no início do século XVIII, a um período marcado pela compaixão e pena. Existindo um interesse em educar e reabilitar estes indivíduos, começando a surgir as primeiras instituições e estudos sobre a deficiência mental (Miranda, 2003).

Segundo Aranha (1995), o século XIX ficou marcado na história da deficiência, pois finalmente percebeu-se que estas pessoas não precisavam apenas de hospitais e abrigos, mas essencialmente, de atenção especializada. Neste período identifica-se a *fase de institucionalização parcial*, caracterizada pela redução do afastamento imposto ao indivíduo portador de deficiência e pela ênfase na tentativa de inserção dessas pessoas em escolas ou em turmas especiais em escolas públicas. Em relação às pessoas portadoras de deficiência mental, foi neste período que surgiu o primeiro médico, Jean Marc Itard, a usar métodos sistematizados para o ensino de indivíduos portadores de deficiência mental.

Contudo, apenas a partir de meados do século XX é que foi conquistado o reconhecimento de alguns direitos dentro das políticas sociais, através de medidas isoladas. Este período é caracterizado por reformas sociais e guerras que levantaram interesses governamentais em assuntos referentes às pessoas com deficiência, especialmente no âmbito da educação, da psicologia e da medicina (Machado & Nazari, s.d.). Apareceram muitos estudos sobre o desenvolvimento, individualização e educação especial.

A *II Guerra Mundial* teve como consequência a mutilação de milhares de pessoas, o que obrigou a que muitos países criassem alternativas para minimizar os prejuízos económicos em função da incapacidade física de muitos indivíduos, surgindo programas dirigidos a pessoas portadoras de deficiência, principalmente para as pessoas portadoras de deficiência física. Neste momento, existe um desenvolvimento de outras áreas da sociedade, reintegrando de certa maneira as pessoas com deficiência, principalmente na Europa e nos Estados Unidos (Machado & Nazari, s.d.).

Os avanços da investigação permitiram também uma mudança nas concepções sobre as possibilidades de aprendizagem e de relação social das pessoas portadoras de deficiência. Concluiu-se que estes podem desenvolver as suas capacidades e atingir níveis aceitáveis de adaptação, começando assim um novo movimento – o da *integração*.

O objetivo da integração não é eliminar as diferenças, mas aceitá-las dentro de um contexto social e desenvolver esforços que permitam a todos os cidadãos o

desenvolvimento máximo das suas capacidades, tendo em conta as diferenças (Bautista, 1997).

## **1.2. Modelos de Concetualização da Deficiência**

Existem dois polos distintos para compreender a deficiência, são eles o modelo biomédico e o modelo social (Omote, 1994; Sampaio & Silva, 2009). O modelo biomédico tem origem na medicina e reduz a deficiência à categoria de doença corporal. A incapacidade é entendida como consequência biológica do mau funcionamento do organismo. Desta forma, o papel do médico é reparar a disfunção, vista como um desvio da normalidade (Sampaio & Silva, 2009).

No outro lado do polo encontra-se o modelo social. Este modelo tem origem na sociologia e sugere que o significado da deficiência e incapacidade emerge de contextos sociais. Nesta perspetiva, a incapacidade não é necessariamente o resultado de uma condição de saúde, mas relaciona-se com a influência e efeitos de fatores sociais, ambientais e psicológicos. Desta forma, a incapacidade não é algo que a pessoa tem, mas alguma coisa que acontece em algum momento da sua vida. Resumindo, a incapacidade é uma forma de opressão social, discriminação e exclusão (Fontes, 2009).

Esta polarização conceitual tem dificultado uma análise relacional dos constructos de deficiência e incapacidade. Segundo Sampaio e Silva (2009), estas duas visões ignoram a identidade corporal, a personalidade e o potencial de transformação das pessoas que experimentam algum tipo de incapacidade.

Entre estes dois polos surgem abordagens pluralistas que sugerem que o corpo deficiente é muito mais que um fenómeno fisiológico, sendo também um sujeito socializado e uma construção discursiva (Sampaio & Silva, 2009).

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que comporta um modelo de função e incapacidade e um sistema de classificação. Este modelo baseia-se na junção dos modelos médico e social (Sampaio & Silva, 2009). É usada uma abordagem biopsicossocial para se obter uma integração das diferentes dimensões da saúde – biológica, individual e social. Neste modelo, a funcionalidade e a incapacidade humanas são geradas como uma interação dinâmica entre as

condições de saúde (doença, trauma, lesão, distúrbio) e os fatores contextuais, incluindo fatores ambientais e pessoais (Sampaio & Silva, 2009).

### **1.3. Deficiência Mental**

#### **1.3.1. O Conceito de Deficiência Mental**

O conceito atual de deficiência mental está associado à noção geral de incapacidade que incide sobre a expressão das limitações do funcionamento individual dentro de um contexto social e representa uma desvantagem substancial para a pessoa (Schalock, 2009). Desta forma, a deficiência mental é um termo que se utiliza quando uma pessoa apresenta certas limitações no funcionamento mental e no desempenho de tarefas como as de comunicação, cuidado pessoal e de relacionamento social (Schalock, 2009). Limitações, estas, que prejudicam o processo de aprendizagem e desenvolvimento.

Existem várias correntes teóricas que tentam explicar e definir a deficiência mental, de acordo com a sua perspetiva teórica. Por exemplo, Bautista (1997) refere as seguintes correntes:

- *Corrente Psicológica ou Psicométrica*, defendida por Binet e Simon em 1905, que se baseia nas capacidades intelectuais dos indivíduos e que se expressa em termos de Q.I., considerando-se deficiente mental, toda a pessoa que apresente um défice nas suas capacidades intelectuais;

- *Corrente Sociológica*, que defende que o indivíduo deficiente mental apresenta dificuldades em se adaptar ao meio social em que vive e em desenvolver uma vida autónoma;

- *Corrente Médica*, que se baseia em aspetos biológicos, fisiológicos ou anatómicos, que se manifestam no indivíduo até aos 18 meses;

- *Corrente Comportamentalista*, que atribuem o défice mental a um défice de comportamento, o qual pode ser explicado tendo por base fatores biológicos passados e atuais, bem como as condições ambientais;

- *Corrente Pedagógica*, que percebe o deficiente mental como um indivíduo com dificuldades em seguir o processo regular de aprendizagem.

Face a esta multiplicidade de olhares sobre a deficiência mental algumas organizações internacionais sentiram necessidade de encontrar uma definição relativamente consensual. É o caso da OMS e da *American Association on Mental Retardation* (AAMR).

A OMS, em 1968, define deficiente mental como sendo um “indivíduo com uma capacidade intelectual sensivelmente inferior à média, que se manifesta ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração dos comportamentos adaptativos” (cit. por Batista & França, 2007).

A AAMR tem vindo ao longo dos anos a destacar-se na investigação acerca da deficiência mental. No último manual editado, em 2002, foi proposto um modelo, o Sistema 2002, que comporta uma conceção multidimensional, funcional e bioecológica de deficiência mental (Carvalho & Maciel, 2003). Definindo-a como uma “deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos dezoito anos de idade” (Luckasson et al., 2002, p.8). Através desta definição percebe-se que a deficiência mental não representa um atributo da pessoa, mas um estado particular do funcionamento da mesma.

### **1.3.2. Tipologias da Deficiência Mental**

Existem na literatura diversas classificações e tipologias de acordo com os critérios adotados, contudo, a maioria baseia-se na definição, anteriormente referida, da OMS, que exprime deficiência mental como um funcionamento inferior à média, concomitantemente com limitações associadas em duas ou mais habilidades adaptativas.

Uma das classificações apresentadas pela AAMR (2002) baseia-se na intensidade dos apoios necessários ao indivíduo portador de deficiência mental e considera as seguintes categorias:

- *Generalizado*, quando a pessoa portadora de deficiência mental precisa de apoio permanente e intenso em diferentes áreas de atividade;
- *Extenso*, quando o apoio tem que ser regular e diário, em pelo menos uma área de atividade;
- *Limitado*, quando o indivíduo portador de deficiência mental necessita de um apoio intensivo de duração contínua, mas por tempo limitado;

- *Intermitente*, quando o apoio se efetua apenas quando necessário, destinando-se a resolver problemas pontuais.

Por sua vez, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) define deficiência mental tendo em conta as condições físicas e de saúde do indivíduo, bem como as suas características psicológicas e emocionais e a sua relação e adaptação ao meio.

De acordo com este sistema de classificação, a Deficiência Mental caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (QI aproximadamente de 70 ou inferior), com início antes dos 18 anos, e que é acompanhado de limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (APA, 2002). Podendo ter diferentes graus, nomeadamente:

- *Deficiência Mental Leve ou Ligeira*: Indivíduos situados nesta categoria conseguem alcançar autonomia e independência nas suas relações sociais, podem integrar-se no mundo laboral, desempenhando um trabalho sem qualquer problema. Possuem uma certa facilidade de adaptação ao ambiente familiar e social.

- *Deficiência Mental Moderada ou Média*: Indivíduos com este grau de deficiência, quando inseridos num grupo social estruturado e com supervisão adequada, podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social. Apresentam uma linguagem oral pobre, demonstrando dificuldades de expressão. Dificilmente conseguem aprender técnicas instrumentais de leitura, escrita e cálculo. Embora existam dificuldades de juízo e raciocínio, a perceção elementar da realidade parece não estar afetada. Normalmente possuem um desenvolvimento motor aceitável.

- *Deficiência Mental Grave ou Severa*: Os indivíduos inseridos nesta categoria mostram grandes limitações na sua autonomia nível pessoal e social, necessitando quase sempre de proteção e ajuda ao longo de toda a vida. Ao contrário das categorias anteriores, nesta, a deficiência evidencia-se logo nas primeiras semanas de vida. A psicomotricidade está alterada afetando a marcha, o equilíbrio e a coordenação. A linguagem é muito elementar e o vocabulário muito pobre.

- *Deficiência Mental Profunda*: Nesta última categoria encontramos os indivíduos que apresentam graves *handicaps* físicos e intelectuais. São indivíduos totalmente dependentes de terceiros, necessitando de ajuda para realizar qualquer atividade. Apresentam grandes problemas sensoriomotores e de comunicação.



## 2. Família

### 2.1. A Família como Sistema

A família pode ser definida de acordo com diferentes perspectivas: a) convivência residencial e comunitária de, pelo menos, duas gerações; b) pessoas que vivem dentro de uma estrutura de parentesco que se rege por obrigações e direitos relativos ao relacionamento entre adultos (cônjuges), jovens (irmãos/irmãs) e entre ambas as gerações (pais e filhos/as); c) grupo que sanciona ou legitima a sexualidade marital, a troca de bens económicos, a intimidade, a proteção, a educação e o desenvolvimento pessoal de cada membro (Ibarra, 2000).

A família, como grupo social primário, desempenha uma função formativa e determinante no desenvolvimento físico, emocional e cognitivo do indivíduo e no modo como este se situa e interage na sociedade, mesmo na idade adulta. Dessa forma, conceber a família como promotora do desenvolvimento exige compreendê-la como um sistema de interações e relações que se influenciam reciprocamente, isto é, qualquer mudança que ocorre nesse sistema afeta todos (Rolland, 2000).

A perspectiva sistémica é a que nos permite compreender a especificidade da família enquanto grupo e a complexidade relacional que a caracteriza, através de uma lógica circular que evita que se perceba a família com base numa sucessão infinda de causas e efeitos.

Uma forma de conceber e analisar a família é situá-la em referência a duas dimensões ou eixos: um eixo espacial ou relacional, da organização e estrutura familiar; e um eixo temporal, da continuidade e história familiar em que se enquadra o desenvolvimento e o desenrolar da vida familiar (Alarcão, 2006; Alberto, 2005; Relvas, 2006).

O desenvolvimento e funcionamento da família são orientados por alguns objetivos que se traduzem em funções primárias da família. Essas funções são: a função interna, que corresponde ao desenvolvimento e proteção dos seus membros; e a função externa que consiste na socialização dos membros da família, adequação e transmissão de determinada cultura (Alarcão, 2006; Relvas, 2006).

Tendo estas funções como base, a família terá que desempenhar, essencialmente, duas tarefas. Por um lado, o suporte ao processo de individualização e autonomização dos seus elementos e, por outro lado, a criação de um sentimento de pertença. A resolução destas tarefas será feita por cada família tendo em conta a sua própria organização.

Sendo a família um sistema informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado, muda a sua estrutura ao longo do tempo, mas mantém a sua organização, aspeto que lhe confere a coerência enquanto sistema distinto dos outros (Beja, 2009).

De acordo com Alarcão (2006), por estrutura entende-se o conjunto de relações que se estabelecem em cada etapa da vida e que lhe vão conferindo configurações particulares sem nunca lhe modificar a identidade básica.

Segundo Alarcão (2006), a família enquanto totalidade estrutura-se numa hierarquia sistémica composta por vários subsistemas, que são eles:

- Subsistema individual: composto pelo indivíduo que para além do seu estatuto e função familiares, tem também funções e papéis noutros sistemas. Isto cria-lhe um dinamismo que se repercute, no seu próprio desenvolvimento e na forma como ele está em cada um desses contextos.

- Subsistema conjugal: é composto por marido e mulher, sendo a complementaridade e a adaptação recíproca aspetos importantes do seu funcionamento. Este subsistema tem como função o desenvolvimento de limites que protejam o casal da intrusão de outros elementos de modo a proporcionar-lhe a satisfação das suas necessidades psicológicas. Desta forma, constitui uma plataforma de suporte para o casal lidar com o stress intra e extrafamiliar. É vital para o crescimento dos/as filhos/as, servindo-lhes de modelo relacional para o estabelecimento de futuras relações de intimidade.

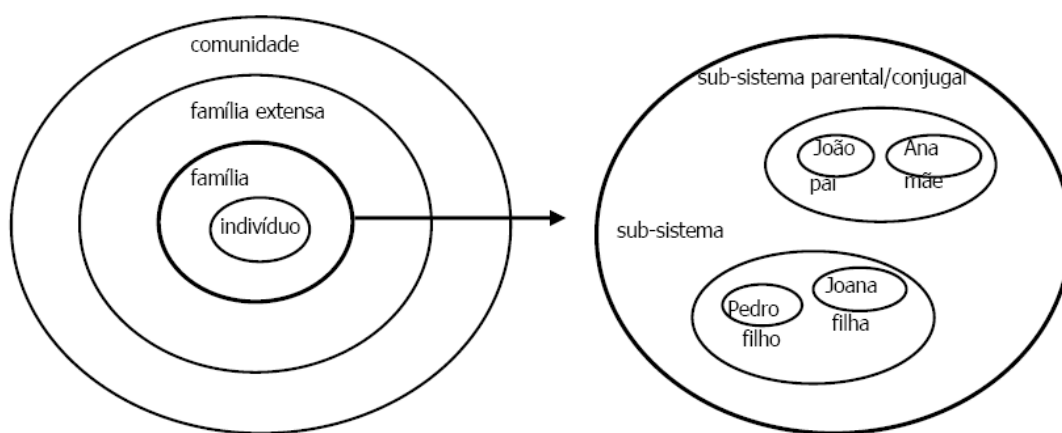
- Subsistema parental: habitualmente é constituído pelos mesmos adultos do subsistema conjugal, podendo variar na sua composição, mas o que interessa saber é quem desempenha as funções e as tarefas que lhe são inerentes. O subsistema parental tem uma função executiva, visa a educação e proteção das gerações mais novas. É a partir das interações pais/filhos/as que as crianças aprendem o sentido da autoridade, a forma de negociar e de lidar com o conflito no contexto de uma relação vertical; é no contexto desta interação que se desenvolve o sentido de filiação e pertença familiar.

- Subsistema fraternal: é constituído pelos irmãos/irmãs. É um lugar de socialização e de experimentação de papéis face ao mundo extrafamiliar, primeiro em

relação à escola e depois em relação ao grupo de amigos e ao mundo do trabalho. Aqui as crianças desenvolvem as suas capacidades relacionais com o grupo de iguais, experimentando o apoio mútuo, a competição, o conflito e a negociação nas brincadeiras solidárias e nas “guerras”.

Alguns elementos da família pertencem simultaneamente a diferentes subgrupos, como é o caso do subsistema parental e do subsistema conjugal, do subsistema fraternal e do filial. Por outro lado, a família faz ela própria parte de outras totalidades mais vastas tais como a comunidade e a sociedade (ver a Figura 1).

Podemos assim descrever a família em referência a uma hierarquização sistémica organizada.



*Figura 1: Hierarquização do sistema familiar (Beja, 2009)*

## **2.2. Mudança e Crise na Família**

Toda a vida comporta um princípio, um meio e um fim. E é, sempre, um processo interativo, em que se cruzam pessoas, objetos e situações, nos seus variados movimentos de evolução (Alarcão, 2006).

Em circunstâncias normais, transformamo-nos em todos os domínios da nossa unidade biopsicossocial, num movimento feito de progressos e recuos, seguindo novos avanços, de mãos dadas com o meio circundante (Alarcão, 2006). Diversos autores e modelos têm teorizado sobre o desenvolvimento individual, dividindo-o em

etapas diferenciadas nas suas características e funções, o mesmo se tem verificado no estudo do desenvolvimento familiar. Desta forma, “o desenvolvimento familiar reporta-se à mudança da família enquanto grupo, bem como às mudanças nos seus membros individuais (...) [e] o carácter desenvolvimentista desta abordagem reside especificamente na identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital e essas tarefas caracterizam as suas etapas” (Relvas, 1996, p. 16).

A delimitação das etapas do ciclo vital tem variado consoante diferentes autores, uma vez que o desenvolvimento familiar não é facilmente visível. Contudo, existe um consenso em relação aos seguintes critérios de diferenciação: aparecimento de novos elementos, tarefas de desenvolvimento a realizar, o que leva a mudanças funcionais e estruturais e/ou saída de elementos do núcleo familiar (Alarcão, 2006).

Apesar de existirem diferentes categorizações do ciclo vital da família respeitante ao número de etapas e seus marcadores, alguns autores destacam as seguintes etapas: (1) formação do casal; (2) família com filhos/as pequenos/as; (3) família com filhos/as na escola; (4) família com filhos/as adolescentes; e (5) família com filhos/as adultos/as (e.g. Alarcão, 2006; Relvas, 2006).

Na perspetiva de Dias (2011) a família é iniciada com a formação do casal e vai mudando à medida que os/as filhos/as vão nascendo e crescendo. Este processo repete-se quando o/a filho/a mais velho/a sai de casa e forma uma nova família. O sistema inicial altera-se e dá origem a outro, tornando-se assim as relações mais abrangentes.

O conceito de ciclo vital diz respeito aos acontecimentos da vida familiar relacionados com a entrada e a saída dos elementos da família no sistema familiar (Falicov, 1988). Estes acontecimentos vão produzir mudanças que vão implicar a reorganização no sistema familiar, tanto ao nível dos papéis, como ao nível das regras. Isto significa que o ciclo vital da família está relacionado com mudanças organizacionais decorrentes de alterações normativas na composição familiar.

Estas alterações ou crises normativas que a família experiencia, decorrentes do ciclo vital, são caracterizadas por serem normativas, universais e previsíveis.

Contudo, existem crises acidentais, inesperadas, com carácter dramático e não normativas, como é exemplo o nascimento de um/a filho/a portador/a de deficiência. Nestes casos, o sistema familiar tem que perceber que aquilo que a crise exige é a transformação do modelo relacional existente e não apenas a reparação de algum aspeto menos satisfatório (Alarcão, 2002).

Minuchin (1979 cit. por Alarcão, 2006), procurou tipificar as fontes de *stressee* a que o sistema familiar se encontra sujeito. Assim identificou quatro situações: (a) contacto de um elemento da família com uma fonte de stresse extrafamiliar; (b) contacto de toda a família com uma fonte de stresse extrafamiliar; (c) stresse relativo aos períodos de transição do ciclo vital da família; e (d) stresse provocado por problemas particulares.

No presente estudo interessa-nos particularmente conhecer a quarta situação, ou seja, o stresse provocado por problemas particulares, caracterizado por acontecimentos inesperados, mas que implicam grandes alterações na organização estrutural da família.

Segundo Alarcão (2006), o nascimento de uma criança portadora de deficiência, é exemplo disso, pois a família tem que reorganizar os seus padrões transacionais para poder responder ao stresse provocado por estas situações.

### **2.3. A Família com Filhos/as Portadores/as de Deficiência**

O nascimento de um/a filho/a é um momento de adaptação exigindo um grande esforço psicológico para permitir a emergência de uma nova identidade parental que se vai ajustar a uma nova realidade (Bayle & Martinet, 2008).

Com a gravidez nascem e crescem as expectativas em relação ao/à futuro/a filho/a: “Será parecido com quem?”; “Terá os olhos de que cor?”; “Será menino ou menina?”. É neste período que a mãe cria uma relação simbiótica com o/a bebé e que constrói a imagem mental do mesmo, coexistindo assim três gravidezes: o feto que se desenvolve no ventre; a organização psicológica da maternidade na sua psique e o/a bebé imaginário na sua mente (Bayle & Martinet, 2008). Assim sendo, podem interferir três bebés: o/a bebé fantasmático, fruto do desejo da maternidade; o/a bebé imaginário/a, resultado do desejo do casal; e o/a bebé real, que poderá entrar em ressonância com a mãe de uma forma positiva se preencher os desejos maternos, ou de forma negativa se vem confirmar os medos fantasmáticos (Bayle & Martinet, 2008).

A confrontação do/a filho/a imaginário/a com o/a real pode levar a sentimentos de estranheza, tendo a mãe que fazer o luto do/a bebé imaginário/a (Soulé cit. por Bayle & Martinet, 2008). Quando há o anúncio de uma deficiência os pais têm de se confrontar não só com o/a bebé real, mas também com o/a bebé portador/a de

deficiência (Bayle & Martinet, 2008). Conforme anteriormente referido, neste contexto, a família atravessa não só uma crise normativa, o nascimento de um/a filho/a, mas também uma crise não normativa, o nascimento de um/a filho/a portador/a de deficiência.

As necessidades psicológicas da parentalidade como ser onipotente, a identificação, o desejo de fusão e de união com o outro, a concretização de oportunidades perdidas são ameaçadas pela deficiência, fazendo desabar sobre os pais, medos e sentimentos contraditórios (Bayle & Martinet, 2008).

O anúncio de uma deficiência, de acordo com Dessen e Silva (2001) leva a família a iniciar um percurso com inúmeras as dificuldades que terão de ser ultrapassadas para que a família encontre um novo equilíbrio. A maioria dos autores concorda que existe um conjunto de fases típicas pelas quais estes pais passam, procurando a reorganização do sistema familiar com o objetivo de alcançarem uma adaptação (Dessen & Silva, 2001; Pereira, 2005).

De acordo com Pereira (2005), após a confirmação do diagnóstico a família passa por uma série de fases, que passaremos a explicitar. Inicialmente assiste-se ao *choque* e à *depressão*, expressos por uma tristeza profunda, nítida consciência de perda e uma acentuada diminuição de autoestima. Nesta fase ocorre, não raros os casos, uma tentativa de *negação* em relação ao diagnóstico e à deficiência do/a filho/a.

O mecanismo de *culpabilização e autoatribuição* das causas da patologia do/a filho/a constitui a fase seguinte e assenta na procura do que, eventualmente, os pais terão feito de errado durante a gravidez.

Normalmente existe um período de *isolamento* dos pais, evitando contactos sociais, consequência da *vergonha* que sentem em relação a eles e a toda a situação vivida. Entretanto, vem o *pânico* resultante da desorientação sentida perante a incapacidade de lidar com a situação. Deste momento particular, até aos sentimentos de *revolta* e *de raiva*, vai um pequeno passo. Raiva contra si mesmos, contra a criança ou até contra o destino.

Depois disto, os pais procuram interiorizar a situação, iniciando um processo de aceitação e compreensão do diagnóstico. É nesta fase que os pais percebem a necessidade do/a filho/a desenvolver competências e evoluir, iniciando assim o processo de confrontação com a situação, até aí objeto de rejeição. Ocorrendo desta forma a aceitação com a adaptação dos pais à problemática da criança (Pereira, 2005).

É importante salientar que nem todas as famílias passam por estas fases nem com os mesmos ritmos. Algumas ficam estagnadas em fases iniciais, mesmo quando o/a filho/a já se encontra na idade adulta (Colissi & Wendling, 2011). Aliás, dependendo das crenças da família e da reação dos pais em relação à deficiência, estes vão viver de diferentes formas o nascimento da criança portadora de deficiência e influenciar o seu desenvolvimento (Colissi & Wendling, 2011).

O nascimento de uma criança portadora de deficiência implica que a família tenha que se adaptar a uma dupla exigência, por um lado as exigências normativas o ciclo vital da família, assim como as dificuldades, incapacidades e especificidades resultantes da deficiência (Pereira, 2005).

Numa família com filhos/as portadores/as de deficiência os pais vivem constantemente preocupados, do nascimento do/a bebé até à velhice, principalmente pela inexistência de garantias que os/as seus/suas filhos/as terão os cuidados necessários à medida que envelhecem (Fiamenghi & Messa, 2007). Trata-se, desta forma, de um processo complexo, moroso mas dinâmico.

A notícia do diagnóstico de deficiência repercute-se em toda a família. Anunciar a deficiência à família é difícil pois é como se tivesse ocorrido uma falha na procriação daquele/a bebé. Consequentemente, se a família alargada estiver implicada desde o início, ela será uma base de apoio importante criando uma malha afetiva à volta da criança portadora de deficiência e dos pais, evitando o isolamento vergonhoso e o sofrimento destes últimos (Bayle & Martinet, 2008).

A deficiência, em alguns casos, vem abalar ou desmoronar a relação conjugal por falta de tempo, energia e/ou vontade. Frequentemente o casal conjugal isola-se por vergonha da situação o que agrava ainda mais o sentimento de fracasso e de diferença (Bayle & Martinet, 2008). Nesta fase, é fundamental o apoio mútuo entre o casal, para que a aceitação e integração da criança ocorram de modo mais fácil e saudável, bem como a reinvenção do casamento (Bayle & Martinet, 2008; Casarin, 1999 cit por Dessen & Silva, 2001). Quando isto não acontece e conjugado com o stress e o desconforto sentido, a relação acaba.

Além de outros aspetos, como consequência do nascimento de uma criança portadora de deficiência, pode verificar-se uma falta de cuidados com os/as outros/as filhos/as, pois os pais centram-se na criança portadora de deficiência, responsabilizando os/as filhos/as, muitas vezes, por tarefas que seriam do cuidador (Bayle & Martinet, 2008).

Como já referimos, o nascimento de um/a filho/a portador/a de deficiência é um momento de grande sofrimento e desequilíbrio emocional dos membros da família, é igualmente um fator acrescido de stresse numa família (Gomes, 2008).

Vários são os estudos que se debruçam sobre os fatores e os momentos de vida de maior stresse para estas famílias. Exemplo disso é o estudo de Howord *et al.* (2001, *cit. por* Craveirinha, 2003) que identificou três tipos de fatores de stresse em famílias com filhos/as portadores/as de deficiência: (1) *fatores agudos de stresse* que estão relacionados com incidentes periódicos associados à deficiência da criança; (2) *fatores crónicos* que incluem as preocupações com o futuro, limitações financeiras, aceitação das diferenças dos indivíduos pela sociedade; e (3) *fatores de transição* que aparecem em alturas significativas (surtem na transição entre os diversos estádios do ciclo vital).

Já Mackeith (1973, *cit. por* Costa, 2004), descreve quatro momentos de stresse na vida dos pais com filhos/as portadores/as de deficiência: (1) quando os pais se consciencializaram que o/a filho/a tem uma deficiência; (2) aquando da chegada do momento de proporcionar educação à criança portadora de deficiência e à necessidade de encarar as possibilidades escolares; (3) quando a criança deixa a escola e tem necessidade de enfrentar os desafios e frustrações pessoais como todos os outros adolescentes; e (4) quando os pais envelhecem e deixam de conseguir corresponder como até ali, bem como assumir a responsabilidade de cuidar do/a seu/sua filho/a.

### **2.3.1. Alguns Dados da Investigação**

Nos últimos anos tem-se assistido a um interesse crescente pelo estudo de famílias com filhos/as portadores/as de deficiência, que se reflete num aumento significativo das pesquisas empíricas nesta área.

Da análise dos estudos que têm vindo a ser realizados nos últimos anos verifica-se uma tendência para deixar de perceber a mãe como única figura de interesse e passar-se a incluir toda a família - pai, mãe e irmãos/irmãs – nomeadamente, a importância de os ouvir e de os perceber com o objetivo de os capacitar e os tornar agentes ativos do processo educativo e desenvolvimental da criança portadora de deficiência (Ferroni & Cia, 2014).



De acordo com Corbella (2006), o enfoque destes estudos tem também evoluído de um ponto de vista que considera estas famílias como “patológicas”, para concepções atuais baseadas em modelos de qualidade de vida. Assim, um primeiro enfoque fundamentou-se em considerar estas famílias como sujeitas a altos níveis de stresse, o que provocava um transtorno psicológico em alguns dos seus membros. A “patologia” seria, assim, uma consequência inevitável, generalizando-se a ideia de que estas famílias constituiriam um grupo relativamente homogéneo.

Na década de 80, o modelo de qualidade de vida consolida-se. Este modelo centrado na família parte dos seguintes princípios: (1) respeita as escolhas das famílias e enfatiza o papel da família; (2) abandona a orientação baseada na patologia e dá prioridade aos recursos e preocupações como parte do desenvolvimento de um plano individual de serviço à família; e (3) a família é uma unidade de apoio (Turnbull, 2003). Este novo paradigma de apoio à família tem como fundamento capacitar a família e fomentar a sua autonomia.

As variáveis que têm recebido maior atenção por parte dos investigadores têm sido: (1) o tipo e a gravidade da deficiência; (2) a independência funcional da pessoa com deficiência; (3) as exigências de cuidados por parte da família; (4) o estatuto socioeconómico da família; (5) o apoio do cônjuge; (6) o apoio social; (7) os recursos da família; e (8) as habilidades de resolução de problemas (Corbella, 2006).

Por exemplo, num estudo realizado em Portugal sobre as necessidades das famílias com crianças portadoras de deficiência, concluiu-se que a reestruturação da dinâmica familiar, a coesão familiar e a reestruturação ao nível do casal se evidenciam enquanto factores principais de resiliência (Franco & Apolónio, 2002).



## 3. Coparentalidade

### 3.1. Definição e Emergência do Constructo

Quando falamos em coparentalidade referimo-nos à forma como as figuras parentais trabalham conjuntamente os papéis de pais (Sifuentes & Bosa, 2010). Isto é, à responsabilidade conjunta para o bem-estar da criança, ao seu cuidado global e educação (Frascarolo et al., 2009; Sifuentes & Bosa, 2010). Contudo, a coparentalidade não é necessariamente exercida pelos progenitores da criança, pode ser executada por dois ou mais adultos que trabalhem em conjunto para o desenvolvimento da criança dos quais são responsáveis (Prati & Koller, 2011). Aliás, segundo Van Egeren e Hawkins (2004 cit. por Prati & Koller, 2011, p. 107), “uma relação de coparentalidade existe quando se espera, em comum consenso ou por normas sociais, que pelo menos dois indivíduos tenham responsabilidade conjunta pelo bem-estar de uma criança em particular”. Assim, a coparentalidade requer, no mínimo, uma criança e dois adultos, pois é um processo triádico e multidirecional (Prati & Koller, 2011). Desta forma, percebemos que a coparentalidade é uma dimensão característica do subsistema parental, uma vez que se refere aos pais em relação aos/às seus/suas filhos/as (Gable, Belsky & Crnic, 1992), sendo um constructo distinto das relações conjugais ou da díade pai/mãe – filho/a (Sifuentes & Bosa, 2010).

É importante, do nosso ponto de vista, diferenciar coparentalidade do conceito de conjugalidade e de parentalidade. A maior diferença entre o conceito de coparentalidade e o de relacionamento conjugal é que o primeiro está associado, como já vimos, à preocupação com o bem-estar da criança, enquanto o segundo se refere, essencialmente, à preocupação com o parceiro, por si e pela relação conjugal que mantém (Frizzo et al., 2005). Por seu turno, a parentalidade é vista como sendo um processo de acomodação mútua entre pais (pai e mãe) e filhos/as, permitindo um equilíbrio entre o controle dos pais e a autonomia dos/as filhos/as (Frizzo et al., 2005).

Sendo assim, a coparentalidade é um fator que vai influenciar o relacionamento conjugal e a parentalidade, pois a colaboração entre o casal influencia tanto a forma como os pais interagem com os/as filhos/as, bem como a forma como gerem o stresse das exigências dos seus papéis parentais (Frizzo et al., 2005).

Na última década, este constructo assume um estatuto universal e independente da configuração estrutural da família e das características individuais e diádicas dos parceiros coparentais (Lamela, Costa & Figueiredo, 2010).

O estudo da coparentalidade torna-se relevante na medida em que oferece uma importante contribuição à pesquisa e à prática ao deslocar o foco das interações diádicas para as triádicas, enfatizando a questão de que qualquer mudança em um dos componentes pode afetar o sistema como um todo (Frizzo et al., 2005). Além disso, acarreta um avanço na compreensão da família ao destacar a relevância das relações mais harmoniosas e seus efeitos no desenvolvimento da criança (Frizzo et al., 2005).

Tendo em conta a importância da coparentalidade, vários autores têm procurado compreender de forma mais rigorosa este conceito e as suas dimensões. Em seguida, apresentamos alguns dos modelos que propõem dimensões que sustentam a coparentalidade segundo Lamela, Costa e Figueiredo (2010).

### **3.2. Modelos de Concetualização de Coparentalidade**

#### **3.2.1. Modelo de McHale (1997)**

O modelo de McHale (1997 cit. por Frascarolo et al., 2009) reconhece cinco fatores da relação de coparentalidade. São eles: a *integração familiar*, a *afetividade*, o *conflito*, a *difamação* e a *disciplina*. A primeira dimensão, a *integração familiar*, diz respeito aos comportamentos dos pais com objetivo de promover a unidade familiar, ou seja, quando os pais procuram incluir o parceiro na interação com a criança, quer ele esteja presente ou não. A *afetividade* corresponde ao segundo fator e compreende o afeto e o carinho demonstrado entre cônjuges e entre pais e filhos/as. O terceiro fator é o *conflito* e é relativo aos desacordos expressos pelos pais perante a criança, isto significa que este fator ocorre somente em contexto explícito. A *difamação* compreende o quarto fator e corresponde ao comportamento de um dos pais denegrir a imagem do outro perante o/a filho/a. A difamação é utilizada com o objetivo de diminuir a autoridade ou a credibilidade do/a parceiro/a, podendo ocorrer tanto em contexto explícito, como oculto. Como último fator apresenta-se a *disciplina*, que se refere à imposição de limites por parte dos pais e à obediência da criança.

### **3.2.2. Modelo de Margolin, Gordis e John (2001)**

De acordo com a investigação, este modelo de três fatores da coparentalidade, está dependente do nível de *conflito*, de *cooperação* e *triangulação* expressos pelos pais. O *conflito* é caracterizado pela quantidade, frequência e severidade dos desentendimentos sobre a criança. A *cooperação* diz respeito aos níveis de suporte, ao respeito e apreço que cada um dos dois pais tem do outro. Segundo os autores deste modelo, esta dimensão é o elemento chave para uma aliança parental eficaz. A *triangulação* corresponde à coligação de um dos progenitores com o/a filho/a, com o objetivo de excluir o outro membro da díade coparental. Este fenómeno pode ser o mais prejudicial e ter pior impacto na adaptação dos/as filhos/as (Shaffer & Sroufe, 2006 cit. por Lamela, Costa & Figueiredo, 2010).

Segundo os mesmo autores, independentemente da relação coparental se refletir em processos diádicos entre os pais, a coparentalidade pode se refletir na forma como os pais comunicam um sobre o outro com a criança. Quando a coparentalidade é exercida na presença dos pais e da criança, a mesma é descrita como coparentalidade explícita. Pelo contrário, quando a coparentalidade ocorre aquando da presença de apenas um dos pais e da criança denomina-se por coparentalidade oculta ou inversa (Margolin, Gordis & John, 2001).

### **3.2.3. Modelo da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade de Feinberg (2003)**

Este modelo é um marco no desenvolvimento teórico da coparentalidade. As principais preocupações do autor incidiram na definição e na identificação das dimensões da coparentalidade. Na sua perspetiva, a coparentalidade ocorre aquando da partilha de deveres no cuidado de uma criança e associa-se à qualidade e à frequência da coordenação e suporte que cada um dos pais fornece ao outro, na prestação de cuidados ao/a filho/a. Com base em estudos anteriores, Feinberg (2003) apresenta um modelo de quatro dimensões interrelacionadas da relação coparental: a) *acordo ou desacordo nas práticas parentais*; b) *divisão do trabalho relacionado com a criança*; c) *suporte/ sabotagem do papel coparental*; e d) *gestão conjunta das relações familiares*.

A primeira dimensão, *acordo nas práticas parentais*, encontra-se associada ao grau de entendimento entre os pais em assuntos relacionados com a criança (por exemplo, princípios morais, disciplina, formas de prestação de cuidados, decisões sobre a educação ou necessidades emocionais das crianças). O autor considera que esta é uma dimensão dual, em que o grau de desacordo nas práticas parentais está relacionado com problemas de ajustamento da criança.

*Divisão do trabalho* aparece como sendo a segunda dimensão deste modelo, e corresponde à partilha entre os pais no que concerne às obrigações relativas às rotinas diárias de cuidados à criança, tal como a divisão das responsabilidades dos assuntos financeiros, médicos e legais relacionados com a criança. Esta dimensão tem um expressivo impacto na satisfação com a relação coparental e com os níveis de stresse parental.

A terceira dimensão chama-se *suporte/sabotagem* e consiste na qualidade e grau do suporte mútuo entre os pais. Como o nome indica, esta dimensão tem dois extremos: expressões de afeto, de reforço, apoio e respeito perante a autoridade são manifestações de suporte esperado entre os pais; já o extremo oposto é caracterizado por padrões de hostilidade, crítica, culpa e afeto negativo perante o outro pai/mãe.

Por último, a dimensão *gestão conjunta da família* comporta a gestão, pontuação e modelação das interações familiares, focando principalmente as interações entre os pais.

Segundo este modelo, a coparentalidade é o resultado da interdependência destes quatro componentes em que a variabilidade dos padrões de interação entre os elementos da família é consequência do tipo, grau e intensidade das ligações entre os componentes. Isto significa que, o peso de cada componente da coparentalidade oscila de acordo com as características dos pais e do seu contexto de desenvolvimento.

#### **3.2.4. Modelo de Van Egeren e Hawkins (2004)**

Van Egeren e Hawkins (2004) afirmam que a relação coparental existe sempre que duas pessoas são responsáveis pelo cuidado de uma criança e não se resume a interações físicas entre os pais; a coparentalidade é igualmente constituída por ações, cognições e representações que podem promover ou minar a eficácia do outro adulto enquanto membro da díade coparental (Lamela, 2008). Consequentemente, a relação

coparental é uma dimensão existente em casais casados, em união de facto, divorciados ou nunca casados, independentemente da orientação sexual dos membros ou de a criança ser ou não filho/a biológico/a.

Tal como no modelo de Margolin, Godis e Jonh (2001), as dimensões defendidas por este modelo são consequência da investigação empírica. Van Egeren e Hawkins (2004) propõem quatro dimensões qualitativas, reiterando que com uma análise conjunta de todas elas se consegue atingir uma maior compreensão sobre a qualidade da aliança coparental. As dimensões são: i) a *solidariedade*, que engloba a componente afetiva da aliança coparental, que se traduz na expressão de afetos (positivos) entre os pais em situações de coparentalidade; ii) o *suporte*, que compreende os comportamentos, esforços e estratégias utilizados por ambos os pais para suportar e/ou alcançar os objetivos parentais; iii) a *sabotagem*, que diz respeito a estratégias e comportamentos que minam os objetivos parentais. Estes comportamentos podem traduzir-se em hostilidade, crítica, insultos ou em tentativas de afastamento do outro pai/mãe em tarefas conjuntas com a criança; iv) a *partilha* engloba a divisão de tarefas de prestação de cuidados à criança.

Os quatro modelos de referência aqui apresentados são ricos em descrever as características, funções e consequências do exercício da coparentalidade. As suas propostas teóricas conceptualizam a coparentalidade como um processo diádico, triádico, familiar e contextual. Contudo, na nossa perspetiva, estes modelos não explicam adequadamente as experiências individuais de cada pai/mãe no exercício da coparentalidade.

Podemos então concluir que o constructo de coparentalidade é complexo e multidimensional, o que torna difícil a sua operacionalização empírica. Apesar disso, na nossa investigação tivemos que proceder a opções metodológicas que nos permitissem avaliar este constructo, assumindo-se, assim, o modelo de coparentalidade de McHale (1997), através da utilização da sua escala, uma vez que esta se encontra traduzida para a língua portuguesa e foi utilizada num estudo realizado por Azinheiro (2012).

### **3.3. Alguns Dados da Investigação**

Como já referimos anteriormente, o uso do termo coparentalidade é bastante recente e parece ter surgido no contexto de relações familiares após o divórcio (Frizzo et al., 2005). Assumindo, na última década, um estatuto universal e independente da configuração estrutural da família e das características individuais e diádicas dos parceiros coparentais (Lamela, Costa & Figueiredo, 2010).

Seguidamente, faremos uma pequena revisão de algumas investigações na área da coparentalidade.

#### **3.3.1 Estudos de coparentalidade em pais e mães**

De acordo com a revisão da literatura, vários estudos suportam a ideia de que os pais e as mães têm a mesma perceção do tipo de relação coparental (e.g. Azinheiro, 2012; Geiger, 1996 cit. por Deutsch, 2001; Wargner et al., 2005).

Contudo, alguns estudos encontram diferenças no tipo de relação coparental quando se compara pais e mães, nomeadamente, no estudo de Abidin e Brunner (1995), os resultados obtidos pelos autores apontam para diferenças na perceção do tipo de relação de coparentalidade entre pais e mães, onde estas últimas parecem ter maior perceção.

Existem estudos que demonstram diferenças entre pais e mães relativamente à divisão do trabalho relacionado com a criança, exemplo disso é o estudo de Van Egeren (2004), onde os resultados apontam para uma maior satisfação na coparentalidade dos pais em comparação com as mães. Facto que pode ser explicado, como afirma o autor, pela transição para a parentalidade acarretar uma maior mudança na vida da mãe, pois é ela que fica em casa a cuidar do/a bebé, é ela que amamenta.

#### **3.3.2 Estudos de coparentalidade em função dos/as filhos/as**

Num estudo realizado por Margolin, Gordis e John (2001) verificou-se que em casais com filhos/as em idades pré-escolares existia uma maior cooperação entre si



do que os pais de pré-adolescentes. Segundo os mesmos autores, a coparentalidade em casais com filhos/as em idades pré-escolares requer um alto nível de cooperação e um grande trabalho em conjunto para atender às necessidades diárias da criança.

Quanto à variável gênero do/a filho/a, existem estudos que mostram que esta influencia a coparentalidade (e.g. Feinberg & Kan 2008; McHale, 1995). No estudo realizado por McHale em 1995, onde é demonstrado que na presença de uma menina, no caso de existirem problemas conjugais entre os pais, o pai tende a retrair-se na relação, enquanto que na presença de um menino, a relação coparental é marcada pela competição e pela agressão verbal.

### **3.3.3 Coparentalidade em famílias com filhos/as portadores/as de deficiência**

Num estudo comparativo entre famílias com filhos/as autistas e famílias com filhos/as não autistas, a autora concluiu que relativamente à aliança coparental, as famílias com crianças não autistas parecem manifestar níveis superiores de aliança comparativamente com as famílias com crianças autistas (Baião, 2008). Neste mesmo estudo, a autora verificou que enquanto nas famílias com crianças autistas, os pais apresentam níveis de aliança parental superior às mães, nas famílias com crianças não autistas, não se registam diferenças entre pais e mães. Segundo Gath (1977), Murphy (1982) e Reed e Reed (1965), uma criança com necessidades educativas especiais pode influenciar negativamente o casamento, defendendo um elevado número de divórcio, desarmonia familiar e deserção do marido (cit. por Pereira, 1996).

Num estudo realizado por Sifuentes e Bosa (2010) em famílias com filhos/as com autismo, concluiu-se que as tarefas parentais não são partilhadas de forma igualitária entre o casal, existindo especificidades na distribuição destas tarefas, observando-se como tendência a preponderância das mães na execução das tarefas de cuidado do/a filho/a com deficiência. Neste estudo foi também demonstrado que a solidariedade e o apoio entre o casal ocorrem principalmente na fase do diagnóstico e de dificuldades comportamentais do/a filho/a.

Os estudos de Gallagher, Cross e Scharfman (1981) e Gumz e Gubrium (1972 cit. por Gallagher et al., 1983), sugerem que a presença de uma criança portadora de deficiência tende a aumentar as diferenças nos papéis tradicionais dos pais. Segundo os autores, os pais são predominantemente protetores, mantêm as atividades fora de

casa, enquanto as mães compram os livros, fazem as compras, preparam as refeições, tratam da roupa e fazem de enfermeiras.

O estudo realizado por Sifuentes e Bosa (2010) permitiu também concluir que a solidariedade e o apoio entre o casal ocorrem principalmente na fase do diagnóstico e de dificuldades comportamentais do/a filho/a. Perceberam, ainda, que uma das maiores fontes de conflito entre o casal, provinha das divergências quanto às práticas educativas e a questões de superproteção e/ou delimitação de limites em relação ao/a filho/a portador/a de deficiência.

Gumz e Gubrium (1972) e Tallman (1965) verificaram que os pais apresentam maior estigma pelo facto de terem uma criança com deficiência do que as mães. Cummings (1976 cit. por Gallagher et. al, 1983) chega a conclusões semelhantes e refere que os pais das crianças com deficiência apresentam um mais baixo nível de autoestima.

O estatuto socioeconómico da família merece um destaque especial no entender de alguns estudiosos desta matéria. Rosenberg (1977 cit. por Pereira, 1996) sugere que os membros das classes mais baixas experimentam situações de stresse mais severas, embora não tão frequentes do que os membros das famílias de classe média, sendo que as situações socioeconómicas não só ocasionam um elevado nível de stresse como também influenciam a capacidade de os pais interagirem com os/as seus/suas filhos/as.

## 4. Apoio Social

### 4.1. Definições e Categorias

O apoio ou suporte social é um conceito abrangente que diz respeito não só à coesão e à quantidade das relações sociais que o indivíduo estabelece, mas também à intensidade e frequência dos laços constituídos e ao modo como tal sistema de apoio é percebido (Jardim & Pereira, 2006).

Este conceito tem vindo a ser alvo de grande interesse por parte dos investigadores, tratando-se de um conceito complexo, dinâmico e percebido de forma diferencial. Apesar deste interesse, a sua conceptualização e operacionalização não têm sido fáceis de executar (Margarida & Custódio, 2010).

Dunst (1996) define apoio social como o auxílio e a assistência de âmbito emocional, psicológico, informativo, instrumental e material prestado por elementos do sistema social, que influencia o comportamento de quem os recebe de uma forma positiva.

Dunst e Trivette (1990) consideram que o apoio social está em estreita relação com os recursos que se encontram ao nosso dispor e com as unidades sociais que respondem ao nosso pedido de assistência. Os mesmos autores definem duas fontes de apoio social, o apoio social formal e o informal. As fontes de apoio social formal são tanto as organizações sociais formais (instituições, hospitais) como os profissionais (médicos, psicólogos), sendo o objetivo destes fornecer assistência ou ajuda às pessoas. Por outro lado, as fontes de apoio social informal englobam as pessoas mais próximas (familiares, amigos, vizinhos) e grupos sociais (igreja, clubes) que prestam apoio nas atividades do dia a dia, constituindo uma forma de resposta a situações de crises normativas e não normativas (Almeida & Sampaio, 2007).

Alguns autores distinguem ainda os recursos em intrafamiliares e extrafamiliares (e.g. Carrapatoso, 2003).

Os recursos intrafamiliares são definidos como a energia dos próprios membros da família. Isto é, o conjunto de qualidades e características de cada família que vão definir o seu modo de atuação perante uma determinada situação. Aqui estão incluídos o cônjuge, os filhos e a família mais próxima.

Os recursos extrafamiliares são os apoios sociais prestados à família, por vizinhos, amigos, colegas de trabalho e membros de serviços, com objetivo de ajudar a satisfazer as suas necessidades.

Como vimos, o apoio social é um constructo multidimensional e a sua função compreende o nível e o tipo de recursos fornecidos por outros e pode ser especificado em quatro aspetos: 1) *apoio emocional*, que envolve as expressões de amor e afeto; 2) *apoio instrumental*, que comporta a ajuda em trabalhos práticos do dia a dia e ajuda financeira; 3) *apoio de informação*, que se refere a informações, aconselhamentos, sugestões e/ou orientações que podem ser usadas para lidar com a situação; e 4) *interação social positiva*, referente à disponibilidade de pessoas com quem é possível divertir-se e relaxar (Bocchi & Angelo, 2008).

Na revisão da literatura feita por Dunst et al. (1988) sobre o impacto do apoio social no sistema familiar, os autores referem que este influencia a saúde e o bem-estar da família, a adaptação a crises familiares, a satisfação nas tarefas parentais, estilos de interação parental, aspirações pessoais para os/as seus/suas filhos/as, o temperamento da criança e o comportamento e desenvolvimento da mesma.

Perante uma necessidade, a família deve ser capaz de criar ou acionar recursos para a superação dessa mesma necessidade. Para algumas famílias é complicado lidar de forma eficaz com os acontecimentos adversos da vida, sendo necessária a ajuda externa ao seio familiar. Desta forma, o conceito de apoio social insere-se dentro do modelo sistémico em que a família influencia e é influenciada pelas interações que desenvolve com outros elementos e sistemas (Carrapatoso, 2003).

#### **4.2. Apoio Social e Famílias com Filhos/as Portadores/as de Deficiência**

O modo como a família lida com os eventos de vida depende, em grande parte, das fontes de apoio e dos recursos extrafamiliares (Dunst et al, 1988). No caso de famílias com filhos/as portadores/as de deficiência, estes recursos tornam-se valiosos para ajudar a família a lidar com as situações do quotidiano, pois a organização e o funcionamento destas famílias são modificados pelas exigências de cuidado que, muitas vezes, as sobrecarregam (Barbosa, Pettengil, Farias & Lemes, 2009).

A família com filhos/as portadores/as de deficiência tem uma sobrecarga adicional a todos os níveis: social, psicológico e financeiro em relação aos cuidados a esta criança. Por isso, é importante que tenha acesso a todas as fontes de apoio social, transcendendo o espaço das relações profissionais e familiares. A comunidade e as instituições podem configurar-se como uma importante base de apoio para estas famílias (Barbosa et al., 2009). De acordo com a revisão bibliográfica feita, estas famílias necessitam de diferentes tipos de apoios na sua trajetória: apoio afetivo, económico e principalmente de uma equipa de profissionais dispostos a responder a todas as dúvidas e a ajudar no processo de reabilitação da criança (Barbosa et al., 2009).

O apoio social é benéfico à saúde e bem-estar de todos os membros da família e é identificado como sendo um fator motivador e de manutenção de comportamentos e hábitos saudáveis, melhorando a saúde das pessoas e do próprio sistema familiar (Barbosa et al., 2009).

Sintetizando, é possível salientar algumas dimensões de apoios importantes à maior parte das famílias com filhos/as portadores/as de deficiência, nomeadamente:

- (a) A informação sobre a criança – com base no princípio de que os pais de crianças portadoras de deficiência necessitam de informação adicional comparados aos pais de uma criança não portadora de deficiência. Por exemplo, Mahoney, O'Sullivan e Dennenbaum (1990) salientam a necessidade dos pais terem acesso a informações sobre a deficiência do/a filho/a, sobre a saúde, as expectativas de desenvolvimento e a educação.
- (b) Atividades de instrução à família – Mahoney et al. (1990) realçam a importância destas famílias receberem orientações sobre a forma de implementar atividades com a criança em casa, ao mesmo tempo que a família aprende a lidar com a nova situação de deficiência.
- (c) Envolvimento no sistema de recursos – Landerholm, Karr e Abrans (1988 cit por Mahoney et al., 1990) mencionam que para que os pais se sintam verdadeiramente implicados no processo educativo e na construção do futuro dos/as seus/suas filhos/as, necessitam de ter um grande conhecimento sobre leis, direitos, sistemas de saúde e educação, para poderem decidir mais conscientemente sobre o/a filho/a portador/a de deficiência.
- (d) Apoio pessoal e familiar – Dunst (1985) aponta para a necessidade que os pais têm de receber apoio para os ajudar a lidar com o stresse que a nova situação pode gerar.

(e) Assistência e recursos – Bailey e Simeonsson (1988) salientam a importância dos recursos da comunidade ajudando, desta forma, a família a obter apoios financeiros, médicos e outros, que a ajudem a superar as dificuldades com os cuidados diários do/a filho/a portador/a de deficiência.

Podemos então afirmar que, se o nascimento de um/a filho/a portador/a de deficiência gera stresse para o sistema familiar, então esse stresse pode ser reduzido se existir uma boa rede de apoio social.

O apoio social será então um importante fator de minimização dos efeitos negativos das situações de stresse, na medida em que contribui para o ajustamento e a adaptação às situações de stresse, auxiliando na resposta às necessidades do/a portador/a de deficiência e da sua família (Almeida & Sampaio, 2007).

Resumidamente, o apoio social e os serviços disponibilizados para o tratamento e acompanhamento da pessoa com deficiência e da sua família poderão facilitar a adaptação da família nesta nova etapa da sua vida (Fiamenghi & Messa, 2007).

#### **4.2.1. Alguns Dados da Investigação**

Diversos estudos têm mostrado a importância da rede social de apoio como importante fator protetor quando se é pai ou mãe de uma criança com desenvolvimento atípico ou portadora de deficiência (e.g. Castro & Piccinini, 2002; Gomes & Bosa, 2004).

Pimental e Dias (2012) realizaram um estudo em Portugal com pais e mães de filhos/as portadores/as de deficiência e concluíram que a rede formal de apoio social apenas é referida para as necessidades de informação de saúde ou educação, mas que mesmo nesta dimensão as percentagens são inferiores comparativamente com a rede informal. Esta conclusão é apoiada pelo estudo de Bailey, Nelson, Hebbeler e Spyker (2007), no qual ficou demonstrado que o apoio prestado pela rede informal, nomeadamente o cônjuge, parece ser o mais importante.

A revisão da literatura permitiu, também, observar que houve um crescimento de pesquisas empíricas com famílias de crianças portadoras de deficiência ao longo da última década, demonstrando uma preocupação em conhecer a realidade destas

famílias, o conhecimento que elas têm sobre as necessidades da criança, além de investigar as concepções que família e profissionais que cuidam de crianças com necessidades especiais possuem acerca deste universo de convivência. Isso revela a importância da parceria entre profissionais e família, a fim de que ambos possam contribuir para o processo educativo da criança (Ferroni & Cia, 2014).

Alguns estudos demonstram que é majoritariamente a mãe que se ocupa dos cuidados diários do/a filho/a portador/a de deficiência, estando assim exposta a um maior stresse e cansaço. Nestes casos, também se percebeu que a presença de uma rede social que proporcione cuidados alternativos atua como um fator relevante para amenizar a sobrecarga materna (e.g. Sifuentes & Bosa, 2010).





## **Parte II: Estudo Empírico**



## 1. Plano Metodológico

Neste primeiro ponto começamos por uma breve contextualização do estudo empírico realizado no âmbito desta dissertação, seus objetivos e hipóteses. Passamos depois à caracterização da amostra e à descrição dos instrumentos utilizados na recolha de dados, sendo ainda explicitados os procedimentos adotados quer na recolha quer na análise dos dados.

### 1.1. Contextualização do Estudo

Nas últimas décadas têm surgido diversas investigações sobre a coparentalidade em famílias com filhos/as pequenos/as ou em situação de divórcio (Frizzo et al., 2005; Raposo et al., 2010; Wagner & Grzybowski, 2010). Contudo, são raros os estudos em famílias com filhos/as portadores/as de deficiência, motivo pelo qual decidimos estudar este tema no âmbito desta dissertação de mestrado.

O conceito aliança coparental ou coparentalidade refere-se à extensão na qual pai e mãe dividem a liderança e se apoiam e ajudam nos seus papéis parentais relacionados com os cuidados à criança. (Frizzo et al., 2005). Quando o/a filho/a nasce com algum tipo de deficiência toda a família está sujeita ao impacto deste acontecimento sendo, provavelmente, o casal o mais afetado. Neste sentido, pensamos que será pertinente estudar a coparentalidade em famílias com filhos/as portadores/as de deficiência, mais especificamente deficiência mental com o objetivo de percebermos melhor o tipo de relação estabelecida entre o casal.

O conceito de apoio social surge na nossa investigação por permitir direcionar o nosso olhar para diferentes tipos de apoio social disponibilizados pela sociedade e que a família utiliza para ajudar a colmatar as necessidades e dificuldades ao ter um/a filho/a portador/a de deficiência.

Tendo o nosso estudo uma natureza exploratória, pretende-se *aprofundar o mais possível*, a forma como os sujeitos implicados no estudo colaboram entre si para responderem às necessidades fundamentais do/a seu/sua filho/a portador/a de deficiência.

## 1.2. Objetivos do Estudo e Hipóteses

### Objetivos Gerais

Este estudo tem como *objetivos gerais*: (1) estudar, analisar e compreender a qualidade da colaboração entre os pais de filhos/as portadores/as de deficiência; e (2) caracterizar a rede social de apoio destas famílias.

### Objetivos Específicos

Tendo em conta os objetivos gerais da nossa investigação foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Apreciar as qualidades psicométricas da Escala de Coparentalidade de McHale utilizada neste estudo para pais e mães com filhos/as portadores/as de deficiência;
2. Caracterizar a rede social de apoio dos participantes neste estudo, através da análise das suas respostas à Escala de Apoio Social;
3. Analisar eventuais diferenças de resultados na Escala de Coparentalidade em função de algumas variáveis relativas aos pais e mães de filhos/as portadores/as de deficiência que responderam a este questionário (nomeadamente, o género, a área de residência, o modelo familiar, as habilitações escolares e a situação profissional);
4. Analisar eventuais diferenças de resultados na Escala de Coparentalidade em função de algumas variáveis relativas aos/às filhos/as portadores/as de deficiência dos pais e mães que responderam ao questionário (nomeadamente, o género, idade e número de irmãos).
5. Analisar a relação entre as dimensões da coparentalidade (avaliadas pela Escala de Coparentalidade de McHale) e o apoio social prestado pelo cônjuge (avaliado pela Escala de Apoio Social).

## Hipóteses de Investigação

Para os objetivos 3, 4 e 5, tendo em conta os dados da investigação, foram formuladas as seguintes hipóteses:

**H1:** Existem diferenças entre pais e mães na perceção do tipo de relação de coparentalidade.

**H2:** Existem diferenças entre os participantes do estudo na perceção do tipo de relação de coparentalidade em função da área de residência (nomeadamente, Região Norte e Região Sul).

**H3:** Existem diferenças na perceção do tipo de relação de coparentalidade em função do estado civil dos participantes (casados ou em união de facto vs. separados ou divorciados).

**H4:** Existem diferenças na perceção do tipo de relação de coparentalidade em função das habilitações escolares dos participantes.

**H5:** Existem diferenças na perceção do tipo de relação de coparentalidade em função da situação profissional dos participantes.

**H6:** Existem diferenças na perceção do tipo de relação de coparentalidade em função do género do/a filho/a portador/a de deficiência.

**H7:** Existem diferenças na perceção do tipo de relação de coparentalidade em função da idade do/a filho/a portador/a de deficiência.

**H8:** Existem diferenças na perceção do tipo de relação de coparentalidade em função de o/a filho/a portador/a de deficiência ser ou não filho/a único/a.

**H9:** Existe uma relação positiva entre a coparentalidade e o apoio social prestado pelo cônjuge.

### 1.3. Caracterização da Amostra

Participaram no presente estudo 55 pais e mães com filhos/as portadores/as de deficiência mental das regiões do Alentejo e de Trás-os-Montes. Trata-se de uma amostra de conveniência (Maroco, 2007), pois as instituições foram escolhidas considerando a proximidade da investigadora. Foram tidos em consideração os seguintes critérios de inclusão na amostra: (1) Ser pai/mãe de um(a) jovem/criança

portador(a) de deficiência mental; (2) Saber ler e escrever; (3) Não ser viúvo(a). Mediante os critérios enunciados, foram eliminados três protocolos por não preencherem o último critério e dois por respostas incompletas.

Nesta investigação optou-se por incidir apenas em famílias com filhos/as portadores/as de deficiência mental a fim de tentar homogeneizar, ao máximo, a amostra recolhida.

Tentou-se constituir uma amostra significativa, tal não se revelou possível dada a necessidade de invalidação, falta de devolução de vários protocolos e de inacessibilidade a esta população. Assim, a nossa amostra é constituída por 55 sujeitos.

Na Tabela 1 apresentamos a distribuição dos sujeitos da nossa amostra em função do género e da idade, em cada uma das regiões em estudo, e para o total da amostra.

Tabela 1

*Distribuição dos pais e das mães em função do género e idade, por região e total da amostra*

Região	Género	N	Idade		
			Min-Máx	Média	DP
Norte	Masculino	7	41-74	62.00	11.90
	Feminino	26	35-78	57.69	10.35
Sul	Masculino	8	27-61	47.13	12.07
	Feminino	14	25-60	43.79	10.07
Total	Masculino	15	27-74	54.07	13.87
	Feminino	40	25-78	52.83	12.15
	Total	55	25-78	53.16	12.52

A análise da Tabela 1 permite verificar que dos 55 pais/mães de crianças/jovens/adultos portadores de deficiência mental, 15 são do género masculino e 40 são do género feminino, com idades compreendidas entre os 25 e os 78 anos, com uma média de 53.16 e desvio padrão de 12.52, dos quais 60% residem na região Norte (Trás-os-Montes) e 40% na região Sul (Alentejo).

Nas Tabelas 2 e 3 apresenta-se a distribuição dos sujeitos em função das habilitações escolares e da situação profissional, respetivamente.

Tabela 2

*Distribuição dos pais e das mães em função das habilitações escolares (nível de ensino) e total da amostra*

Habilitações Escolares	Pais		Mães		Total	
	N	%	N	%	N	%
Básico incompleto	7	46.7	15	37.5	22	40.0
Básico	3	20.0	12	30.0	15	27.3
Secundário	3	20.0	8	20.0	11	20.0
Bacharelato/Licenciatura	1	6.7	3	7.5	4	7.3
Pós- graduação/Mestrado/Doutoramento	1	6.7	2	5.0	3	5.5

Tabela 3

*Distribuição dos pais e das mães em função da situação profissional e total da amostra*

Situação Profissional	Pais		Mães		Total	
	N	%	N	%	N	%
Doméstico(a)	0	0	9	22.5	9	16.4
Desempregado(a)	3	20.0	3	7.5	6	10.9
Reformado(a)	5	33.3	8	20.0	13	23.6
Empregado(a) por conta de outrem	7	46.7	18	45.0	25	45.5
Empregado(a) por conta própria	0	0	2	5.0	2	3.6

Pela análise da tabela 2 podemos concluir que a maioria dos sujeitos da nossa amostra possui habilitações iguais ou inferiores ao 9º ano, que corresponde ao ensino básico (67.3 %). Por sua vez, a análise da tabela 3 permite verificar que cerca de metade dos sujeitos se encontram empregados (49.1%).

Na tabela 4 apresenta-se a distribuição dos sujeitos em função do estado civil, considerando-se as seguintes categorias: casado(a), união de facto, separado(a) e divorciado(a).

Tabela 4

*Distribuição dos sujeitos em função do estado civil*

Estado Civil	Pais	
	N	%
Casado(a)	42	76.4
União de facto	4	7.3
Separado(a)	5	9.1
Divorciado(a)	4	7.3

Através da análise da tabela 4 verifica-se uma predominância dos casados (76.4%) em relação a outro tipo de modelo familiar (união de facto, separado, divorciado).

Na tabela 5 apresenta-se uma distribuição dos/as filhos/as portadores/as de deficiência em função do género e da idade.

Tabela 5

*Distribuição dos/as filhos/as portadores/as de deficiência mental em função do género e idade*

Género	N	Idade		
		Min-Máx	Média	DP
Masculino	30	1-53	26.27	11.64
Feminino	25	3-43	25.24	11.19
Total	55	1-53	25.80	11.34



Pela análise da tabela 5 conclui-se que 30 dos filhos são do género masculino e 25 são do género feminino, com idades compreendidas entre 1 e 53 anos, com uma média de 25.80 e desvio padrão de 11.34.

Na tabela 6 apresenta-se o número de irmãos/irmãs dos/as filhos/as portadores/as de deficiência e a respetiva percentagem em relação ao total.

Tabela 6

*Distribuição do número de irmãos/irmãs dos/as filhos/as portadores/as de deficiência*

Nº de irmãos	N	%
0	13	23.6
1	23	41.8
2	10	18.2
3	6	10.9
4	2	3.6
5	1	1.8
Total	55	100.0

Pela análise da tabela 6 verifica-se que a maioria dos/as filhos/as portadores/as de deficiência tem entre 1 a 2 irmãos/irmãs (60%) e que 23.6% são filhos/as únicos/as.

#### 1.4. Instrumentos

Para a recolha de dados utilizou-se um protocolo constituído pelos seguintes instrumentos: (1) Questionário de Caracterização; (2) Escala de Coparentalidade de McHale (versão adaptada de Frascarolo et al., 2009); e (3) Escala de Apoio Social (versão adaptada de Dunst et al. (1998). Este protocolo era acompanhado de uma informação introdutória onde era explicitado o objetivo do estudo e onde o sujeito concordava (ou não) em participar voluntariamente no mesmo, respeitando-se, assim, o princípio ético de *consentimento informado* (APA, 1992), salvaguardando-se também a sua confidencialidade (ver Anexo I).

Passamos então a descrever os instrumentos utilizados nesta investigação.

## **(1) Questionário de Caracterização**

Para a realização do presente estudo houve a necessidade de recolher alguma informação complementar sobre a família e a criança/jovem/adulto portador/a de deficiência. Neste sentido elaborou-se um questionário de dados pessoais e sociodemográficos, que incluía questões relativas aos pais/mães (idade, sexo, residência, habilitações, modelo familiar e situação profissional) e questões relativas aos/às filhos/as portadores/as de deficiência (idade, sexo, grau de dependência, número de irmãos/irmãs e posição na fratria) (ver Anexo I).

## **(2) Escala de Coparentalidade de McHale**

Este questionário foi elaborado e validado para a população de língua inglesa por McHale (1997 cit.. por Frascarolo et al., 2009) com o objetivo de avaliar as representações dos pais/mães em relação à frequência de coparentalidade, que tende a promover ou a enfraquecer o sentido de unidade familiar. A presente escala, não abrange apenas as trocas manifestadas pelos adultos nos seus papéis de pais (como apoiar os esforços do outro, interferir nas suas atividades disciplinares ou discutir sobre a criança), mas também a comunicação íntima que eles têm com a criança e sobre a unidade familiar (Frascarolo et al., 2009).

A versão original desta escala contemplava cinco fatores:

- Integração Familiar: diz respeito aos comportamentos dos pais para promover a unidade familiar;
- Afetividade: diz respeito ao afeto e carinho demonstrado entre cônjuges e entre pais/mães e filhos/as;
- Conflito: relativo aos desacordos expressos pelos pais/mães perante a criança;
- Difamação: corresponde ao comportamento de um dos/as pais/mães denegrir a imagem do outro perante o/a filho/a;
- Disciplina: refere-se à imposição de limites e com a obediência da criança.

Nesta escala, os/as pais/mães são incentivados a pensar tanto em momentos em que se encontram em família, como em momentos em que se encontram apenas com a criança. As respostas são dadas usando uma escala de Likert de sete pontos

em que 1 = *Nunca* e 7 = *Constantemente*. Para outras questões a escala de Likert não é aplicada, sendo solicitado aos/às pais/mães que estimem o comportamento em termos de percentagem ou ocorrências. Com o objetivo de ajudar os/as pais/mães a imaginar o comportamento descrito, foram colocados desenhos esquemáticos, ao lado de cada item, que representam as pessoas a que cada item se refere.

No estudo de adaptação para a língua francesa, o fator disciplina foi abandonado por se revelar mais relacionado com a parentalidade do que com a coparentalidade (Frascarolo et al., 2009). Desta forma, dos 16 itens, apenas 11 foram testados uma vez que os itens de 4 a 8 e a questão preliminar, não se prestam a uma análise quantitativa devido ao tipo de escala de resposta que apresentam (Azinheiro, 2012).

No estudo realizado em Portugal, que se baseia no estudo de adaptação para a língua francesa, foram encontrados dois fatores: Integração Familiar/Afetividade e Conflito/Difamação (Azinheiro, 2012).

No presente estudo utilizou-se a mesma versão de Azinheiro (2012). Esta versão é constituída por 16 itens e uma questão preliminar, embora para as análises e para o estudo da coparentalidade apenas se tenham contemplado as respostas dos sujeitos aos itens 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16. Os itens 1, 2, 3, 12, 13 e 14 são cotados no sentido direto e os itens 9, 10, 11, 15 e 16 são cotados no sentido inverso, motivo pelo qual estes últimos tiveram que ser invertidos para se proceder às análises estatísticas.

### **(3) Escala de Apoio Social**

A Escala de Apoio Social utilizada na presente investigação é uma versão adaptada de Dunst et al. (1998) e que foi utilizada no projeto Pais em Rede (ver Pimentel & Dias, 2012). Trata-se de uma escala quantitativa, composta por 15 itens, onde é pedido ao sujeito que assinale “quem procura quando precisa de alguém” para as diversas situações indicadas (por exemplo: “Que o ajude a tomar conta do seu filho” ou “Com quem possa conviver ou distrair-se”), que tem como objetivo avaliar as redes de suporte social da família. As opções de resposta são 11 e contemplam por exemplo, o marido/esposa, irmãos/cunhados, vizinhos, instituições, entre outros (ver Anexo I).



## **2. Procedimentos**

Neste segundo ponto do estudo empírico pretende-se descrever todos os procedimentos utilizados na recolha e na análise dos dados.

### **2.1. Procedimentos de Recolha de Dados**

Numa fase inicial e para que fossem tidos em linha de conta os procedimentos éticos e deontológicos, foram formalizados os pedidos de colaboração às Instituições (Anexo II). Após o parecer positivo eram enviados os protocolos e entregues pelas Instituições aos/às pais/mães que aceitaram participar no presente estudo e que iam de encontro aos critérios para a participação. Como já referido, os questionários eram acompanhados por uma informação introdutória com uma breve explicação do objetivo do estudo, o contacto da investigadora e da orientadora do estudo (Anexo I). Durante este procedimento foram cumpridos todos os cuidados éticos e deontológicos, nomeadamente, todas as instituições e todos/as os/as pais/mães foram devidamente informados do carácter voluntário da sua participação neste estudo e mesmo os pais que aceitaram participar tinham liberdade para desistir em qualquer momento, sendo o seu questionário automaticamente invalidado.

Depois do protocolo respondido, o mesmo era colocado em envelope fechado pelos/as pais/mães e entregue na Instituição para posteriormente ser recolhido pela investigadora.

A recolha dos dados teve início em outubro de 2013 e terminou em julho de 2014.

### **2.2. Procedimentos de Análise de Dados**

Para o tratamento e análise dos dados utilizou-se o software de análise estatística IBM® SPSS® (versão 22).

Num primeiro momento, procedeu-se à verificação da base de dados, através da verificação das frequências de resposta, quer nos dados sociodemográficos, quer

na resposta aos itens da Escala de Coparentalidade. Para tal, tivemos em conta as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e as medidas de dispersão, entre as quais o desvio padrão e o intervalo de variação (Maroco, 2007).

Posteriormente foi realizado o tratamento dos *missings*, os quais foram substituídos pela mediana de cada item correspondente e eliminados os protocolos que não se encontravam de acordo com os critérios pretendidos e/ou estavam muito incompletos.

Finalizada a limpeza do ficheiro, procedemos à análise das características psicométricas da Escala de Coparentalidade de McHale (Sensibilidade, Validade e Fidelidade). Começou-se por analisar a distribuição das respostas em cada item, no sentido de averiguar a sensibilidade da distribuição dos dados, recorrendo-se às estatísticas descritivas (mínimo, máximo, média, desvio padrão, assimetria e curtose).

Para verificar se a estrutura original da escala se mantinha no nosso estudo recorremos à análise fatorial exploratória utilizando o método dos componentes principais com rotação “obliqua” (validade de constructo). Previamente a esta análise, estudou-se o índice de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e efetuou-se o teste de esfericidade de Bartlett para percebermos se a intercorrelação entre os itens era apropriada para a utilização da análise fatorial.

No que concerne à fidelidade procedemos ao estudo da consistência interna ou homogeneidade dos itens através do cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach.

Numa segunda etapa procedeu-se ao estudo das hipóteses, tendo em vista os nossos objetivos. Neste âmbito, recorreremos à análise de comparação de médias recorrendo a testes não paramétricos consoante a dimensão das subamostras e as características da distribuição dos dados. Por sua vez, para analisar a relação entre variáveis recorreremos ao estudo das correlações, nomeadamente ao coeficiente de correlação de Pearson –  $r$  – o qual pode oscilar entre -1.00 e +1.00 e sendo igual a zero revela ausência de correlação e independência das variáveis em causa. Quanto mais se aproxima da unidade, mais perfeita é a correlação, seja esta negativa/inversa ou positiva, o que nos obriga a ter em atenção não só a grandeza, mas também o sentido da relação existente (Almeida & Freire, 2008).

## **3. Resultados**

Nos pontos anteriores foram apresentados e descritos os objetivos do presente trabalho, as características dos instrumentos utilizados, os aspetos metodológicos adotados e os procedimentos efetuados na recolha e no tratamento dos dados obtidos. No presente ponto de trabalhos, procede-se à apresentação, análise e discussão dos resultados.

Iniciaremos pela apresentação dos resultados referentes ao estudo psicométrico da Escala de Coparentalidade de McHale, tendo em vista o nosso primeiro objetivo específico. Seguidamente, são apresentados e analisados os resultados obtidos na Escala de Apoio Social, de modo a caracterizar a rede social de apoio dos participantes neste estudo, que constitui o segundo objetivo desta dissertação. Por fim, procede-se ao estudo das hipóteses, de acordo com os objetivos 3, 4 e 5 da nossa investigação.

### **3.1. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados**

#### **3.1.1. Estudo Psicométrico da Escala de Coparentalidade de McHale**

Antes de mais pretendíamos salientar que apesar de designarmos esta secção por “Estudo Psicométrico da Escala de Coparentalidade de McHale”, as nossas análises incidem sobre os resultados obtidos pelos sujeitos da nossa amostra, sendo assim mais correto falarmos das características psicométricas destes resultados do que da Escala em si. Este aspeto permite salvaguardar que um instrumento pode reunir tais características num dado grupo ou situação, e não noutro (Almeida & Freire, 2003).

Assim, nesta secção, são apresentadas várias análises estatísticas realizadas sobre os resultados obtidos pelos nossos sujeitos na Escala de Coparentalidade de McHale. Este estudo incidiu na análise da sensibilidade, da fidelidade e da validade dos resultados. Com este conjunto de análises pretendemos, por um lado, apreciar as qualidades psicométricas da Escala de Coparentalidade de McHale, por outro, a sua

adequação à nossa população (pais e mães com filhos/as portadores/as de deficiência mental).

## Sensibilidade

Entende-se por *sensibilidade* o grau em que os resultados obtidos numa prova (ou item) aparecem distribuídos diferenciando os sujeitos entre si e os seus níveis de realização (Almeida & Freire, 2003). Ou seja, como refere Anastasi (1990, p. 74), se as características psicológicas apresentam uma distribuição próxima das leis da curva normal então a sensibilidade terá a ver com a adequação dos resultados à distribuição de acordo com as propriedades daquela curva.

Para estudar a *sensibilidade* dos resultados obtidos nos diferentes itens da Escala de Coparentalidade utilizámos então um conjunto de índices estatísticos, tais como medidas de tendência central (*média*), medidas de dispersão (*mínimo, máximo e desvio padrão*) e os coeficientes de *assimetria* e de *achatamento*

Na tabela 7 apresentam-se os índices estatísticos obtidos nos itens 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16, que são os únicos que se expressam numa escala quantitativa (escala de likert de 7 pontos).

Tabela 7

*Índices estatísticos dos resultados nos itens da Escala de Coparentalidade para a amostra total (N=55)*

Item	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	Assimetria	Curtose
Item 1	2	7	5,40	1,271	-,807	-,089
Item 2	1	7	4,49	1,562	-,663	-,568
Item 3	1	7	4,60	1,396	-,807	-,116
Item 9	2	7	5,44	1,398	-,962	-,031
Item 10	3	7	5,45	1,259	-,586	-,580
Item 11	3	7	5,80	1,095	-,726	-,075
Item 12	1	7	4,00	1,540	-,506	-,581
Item 13	1	7	4,69	1,709	-,743	-,377
Item 14	1	7	4,24	1,644	-,395	-,674
Item 15	2	7	5,25	1,322	-,740	-,118
Item 16	3	7	5,95	1,283	-1,042	-,036



Pela análise da tabela 7 verifica-se que, em apenas cinco itens, as respostas se distribuem entre os valores mínimos e máximos possíveis (1-7), nomeadamente os itens 2, 3, 12, 13 e 14. Quanto à análise das pontuações médias verifica-se que todas elas se situam acima do ponto médio, variando entre 4.00 e 5.95, apresentando os itens 11 e 16 os valores mais elevados (5.80 e 5.95 respetivamente). O estudo da dispersão dos resultados, através dos valores de desvio padrão, evidencia uma distribuição adequada das respostas dos sujeitos, com valores que se aproximam da unidade. A distribuição dos resultados em todos os itens aproxima-se da curva normal, dado que os valores de assimetria e curtose são próximos de zero.

## **Validade**

De acordo com Anastasi (1990), o termo validade apresenta hoje uma dupla significação. Tradicionalmente, o conceito significa em que medida os resultados da prova medem aquilo que pretendem medir. A outra conceção é que o termo significa o conhecimento que possuímos daquilo que a prova está a medir. Esta última conceção introduz uma mudança no sentido de que *antes de sabermos o que a prova mede aquilo que pretende medir, importa saber o que é que ele está efetivamente a avaliar* (Almeida & Freire, 2003, p. 163).

A validade de um instrumento de avaliação é-lhe conferida desde a sua conceção, ao longo das várias fases do processo de desenvolvimento, não devendo, portanto, ser circunscrita aos momentos finais deste processo. Tal como refere Anastasi (1990), o processo de validação inicia-se com a formulação de definições detalhadas do constructo que se pretende medir, e inclui a preparação de itens ajustados àquelas definições, avaliações empíricas e seleção dos mesmos, e ainda análises estatísticas incidindo, por exemplo, sobre grupos de itens ou dimensões. Para esta autora, praticamente toda a informação recolhida no processo de desenvolvimento ou utilização de uma prova pode ser relevante para a sua validade. Por sua vez, Messick (1995) considera que a validade é um processo multifacetado e longitudinal, que tem início na conceção do instrumento e que se prolonga durante toda a sua vida.

No presente estudo, tratando-se de um instrumento já existente, uma parte apreciável deste trabalho já estava efetuada, nomeadamente no que diz respeito à

**validade de conteúdo.** Cabe agora analisar a validade dos resultados obtidos no nosso estudo empírico, nomeadamente a validade de constructo.

A *validade de constructo* está relacionada com o grau em que conhecemos aquilo que a prova está a medir. Basicamente, podemos afirmar que o que está em causa neste tipo de validade é o grau de consonância entre os resultados na prova, a teoria e a prática a propósito das dimensões avaliadas (Almeida & Freire, 2003).

Tradicionalmente, a análise fatorial é a técnica mais utilizada no estudo dos constructos subjacentes aos desempenhos numa prova e constitui, assim, um primeiro passo na validação de um constructo psicológico (Simões, 2000). Assim, a análise fatorial permite verificar a validade interna de um instrumento e identificar os fatores ou conceitos latentes importantes e subjacentes aos itens ou variáveis observadas (*Ibidem*).

Neste sentido, apesar da limitação referente à reduzida dimensão da amostra, considerámos que era importante proceder à Análise Fatorial Exploratória (AFE) já que a Escala de Coparentalidade de McHale, pressupõe a avaliação de quatro dimensões Integração Familiar, Afetividade, Conflito e Difamação.

Quanto ao tamanho da amostra para a utilização da AFE, existem opiniões divergentes e controvérsias na literatura científica, nomeadamente em relação ao número mínimo de sujeitos necessários.

Presentemente, é fortemente aceite pela comunidade científica que a utilização de grandes amostras tendem a fornecer resultados mais exatos, atenuando o efeito do erro amostral (Damásio, 2012) e fornecendo resultados mais próximos do índice populacional, tanto na estrutura fatorial, como na carga fatorial e na comunalidade dos itens (MacCallum, Widaman, Zhang & Hong, 1999 cit.. por Damásio, 2012).

Contudo, em vários estudos (Monte-Carlo, Barret & Kline, 1981; MacCallum et al., 1999 cit.. por Damásio, 2012) foi demonstrado que a qualidade de uma solução fatorial está grandemente relacionada com o grau de sobredeterminação (*overdetermination*) dos fatores obtidos. Para estes autores, sobredeterminação é o grau em que um fator é visivelmente representado por um número suficiente de itens (tipicamente quatro ou mais) e pela qualidade das suas cargas fatoriais ( $> 0,60$ ) e comunalidades, o número de sujeitos tende a ser menos relevante na obtenção de uma boa estrutura fatorial (MacCallum et al., 1999 cit. por Damásio, 2012). Ainda segundo estes autores, o erro amostral tende a diminuir quando os fatores são muito sobredeterminados, desta forma o número de sujeitos elevado não é tão importante (MacCallum et al., 1999 cit. por Damásio, 2012). Em síntese, os níveis de estabilidade

encontrados dependem mais da qualidade do instrumento psicométrico do que do tamanho da amostra em estudo, podendo obter bons índices com amostras relativamente pequenas.

Deste modo, procedemos à análise pelo método dos componentes principais, seguido de rotação “oblíqua”, que foi o procedimento utilizado na versão original e na adaptação francesa desta Escala (e.g. Frascarolo et al., 2009).

Prévio a esta análise, estudou-se o índice de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que apresentou um valor de .83. O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo para  $p \leq .001$  ( $X^2 = 395,134$ ;  $df = 55$ ), mostrando que a intercorrelação entre os itens é apropriada para a utilização da análise fatorial exploratória.

Na tabela 8 apresentamos os resultados da AFE para o total da amostra, com a descrição da saturação de cada item nos dois componentes obtidos (tendo-se suprimido os índices de saturação inferiores a .40, exceto quando a sua eliminação impedia a interpretação da carga do item aos componentes extraídos), os valores do *eigenvalue* e a percentagem de variância explicada por cada componente, bem como as comunalidades obtidas para cada item ( $h^2$ ).

Tabela 8

*Estrutura fatorial da Escala de Coparentalidade de McHale numa amostra portuguesa (N=55)*

	Componentes		
	1	2	$h^2$
Item 12	.94		.81
Item 13	.91		.79
Item 14	.88		.71
Item 2	.78		.68
Item 3	.71		.62
Item 1	.63		.50
Item 15		.93	.82
Item 16		.91	.86
Item 9		.89	.79
Item 10		.85	.82
Item 11	(.31)	.21	.11
<i>Eigen-value</i>	4.86	2.66	
% variância	44.21	24.16	

Através da análise da tabela 8 verifica-se que os dois componentes extraídos explicam no seu conjunto 68.37% da variância.

O primeiro fator é constituído por seis itens cujas saturações oscilam entre .63 e .94 e que explicam 44.21% da variância. Todos estes itens fazem parte das dimensões afetividade e integração familiar, que na Escala original surgiam separadamente e que no estudo realizado por Azinheiro (2012) já haviam surgido como uma única dimensão designada por “Integração Familiar/Afetividade”.

O segundo fator é constituído por quatro itens que explicam 24.16% da variância, com saturações entre .85 e .93. Estes itens fazem parte das dimensões conflito e difamação, que na Escala original surgiam separadamente e que no estudo de Azinheiro (2012) também saturaram num único fator (“Conflito/Difamação”).

O item 11, que na escala original pertencia à dimensão “Conflito”, no nosso estudo apresenta baixa saturação em ambos os componentes extraídos, o que pode dever-se à ambiguidade deste item (*Discute com o seu/ a sua cónjuge/ ex-cónjuge sobre algo que o vosso(a) filho(a) tenha feito*), podendo originar diferentes interpretações por parte dos sujeitos já que o conceito de “discussão” pode ser entendido, quer no sentido positivo, quer no sentido negativo, pelo que decidimos eliminar este item.

Tendo em conta os resultados obtidos na AFE, nas análises estatísticas subsequentes iremos considerar que a Escala de Coparentalidade encontra-se organizada em duas dimensões: (1) a primeira dimensão que designamos por “Integração Familiar/Afetividade” é constituída pelos itens 1, 2, 12, 13 e 14; e, (2) a segunda dimensão designada por “Conflito/Difamação” é constituída pelos itens 9, 10, 15 e 16.

## **Fidelidade**

A *fidelidade* dos resultados de uma prova diz-nos algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida (Almeida & Freire, 2003).

Apesar de se poder utilizar diferentes métodos para o cálculo da fidelidade, no nosso caso optámos pela análise da consistência interna dos itens, ou seja, pela análise do grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem a escala.

Para o cálculo da consistência interna utilizámos o coeficiente *alpha* de Cronbach. Este coeficiente procura avaliar em que grau a variância geral dos resultados no teste se associa ao somatório da variância item a item. Assim, o coeficiente *alpha* será tanto maior, e desde logo no sentido de maior consistência interna, quando a variância específica de cada item for mínima e for grande a variância dos escores finais (soma dos itens), pois nessa altura estamos perante altos valores de covariância dos itens entre si ou variância comum (Almeida & Freire, 2003).

Definidas as duas dimensões da Escala de Coparentalidade de McHale calcularam-se os coeficientes de correlação corrigidos de cada item com o total da sua dimensão, assim como a sua contribuição para a consistência interna da subescala.

Na tabela 9 são apresentados os valores de alpha de Cronbach obtidos para cada uma das dimensões da Escala de Coparentalidade ( $\alpha$ ), bem como a correlação do item com o total da sua dimensão (Rict) e o valor de alpha de Cronbach caso o item seja eliminado (alph), tomando-se a amostra total (N=55).

Tabela 9

*Consistência interna da Escala de Coparentalidade de McHale (N=55)*

Dimensões/itens	Rict	Alph
Integração Familiar/ Afetividade ( $\alpha=.90$ )		
Item 1	.59	.90
Item 2	.73	.88
Item 3	.69	.89
Item 12	.80	.87
Item 13	.81	.87
Item 14	.74	.88
Conflito/Difamação ( $\alpha=.93$ )		
Item 9	.80	.91
Item 10	.83	.90
Item 15	.81	.91
Item 16	.87	.89

A análise da tabela 9 permite verificar que em ambas as dimensões os itens correlacionam fortemente com o total, com valores que variam entre .59 e .81 na

dimensão “Integração Familiar/Afetividade” e entre .80 e .87 na dimensão “Conflito/Difamação”. Os índices de fidelidade (alfa de Cronbach) são igualmente elevados para as duas dimensões (.90 e .93 respectivamente) e que a eliminação de qualquer item teria como consequência uma diminuição dos valores obtidos.

Como síntese, podemos afirmar que a Escala de Coparentalidade de McHale apresenta razoáveis qualidades psicométricas, mostrando-se adequada à população em estudo.

### **3.1.2. Análise da Escala de Apoio Social**

Dada a natureza quantitativa da Escala de Apoio Social, optámos por analisar a frequência de respostas dos sujeitos aos 15 itens que a constituem (ver Anexo III).

Para facilitar a análise e a discussão dos resultados, os itens que constituem a Escala de Apoio Social foram organizados em dimensões de acordo com a natureza de cada item e com a teoria descrita na parte do enquadramento teórico relativo ao apoio social. Desta forma, surgem três dimensões: *apoio socio-emocional*, que engloba as expressões de amor e afeto e a disponibilidade de pessoas com quem é possível divertir-se e relaxar (itens 4, 5, 7 e 8); *apoio instrumental*, que diz respeito à ajuda em trabalhos práticos do dia a dia e a ajuda financeira (itens 1, 3, 11, 13 e 15); e, *apoio de informação*, onde se insere todo o apoio na recolha de informações, aconselhamentos, sugestões e/ou orientações que podem ser usadas para lidar com a situação (itens 2, 6, 9, 10, 12 e 14).

Ainda com o objetivo de facilitar a interpretação, agrupamos as diferentes fontes de apoio (marido/esposa, pais/sogros, filhos, irmãos/cunhados, outros familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, profissionais, instituições e outros) em cinco categorias, ficando assim o *cônjuge*, a *família* (onde se inserem os pais/sogros, os filho, os irmãos/cunhados e os outros familiares), os *amigos* (onde se incluiu os vizinhos, amigos e colegas de trabalho), os *profissionais* (onde juntamos os profissionais e as instituições) e os *outros*.

Na tabela 10 apresenta-se uma síntese dos principais resultados obtidos a partir das respostas aos itens organizados nas três dimensões consideradas (apoio socio-emocional, apoio instrumental e apoio de informação) e na tabela 11 são

apresentados os resultados em termos de frequência com que se recorre a cada uma das fontes de apoio, para cada uma das três dimensões.

Tabela 10

*Síntese dos principais resultados em termos de frequências da Escala de Apoio Social aplicada a 55 sujeitos*

Dimensão	Caraterização	Itens Correspondentes	Principais Resultados
Apoio Socio-emocional	Envolve as expressões de amor e afeto e a disponibilidade de pessoas com quem é possível se divertir e relaxar.	Item 4; Item 5; Item 7 e Item 8	Verifica-se um grande apoio familiar (143) e do cônjuge (108)
Apoio Instrumental	Ajuda em trabalhos práticos do dia a dia e ajuda financeira.	Item 1; Item 3; Item 11; Item 13 e Item 15	A família (160) continua a ser uma grande suporte, seguindo-se do cônjuge (148)
Apoio de Informação	Informações, aconselhamentos, sugestões e/ou orientações que podem ser usadas para lidar com a situação.	Item 2; Item 6; Item 9; Item 10; Item 12 e Item 14	Os profissionais são o grupo mais procurado nestas situações (170), seguindo-se da família (91).

Tabela 11

Resultados da Escala de Apoio Social segundo as três dimensões (N=55)

	Cônjuge	Família	Amigos	Profissionais	Outros
Apoio Socio-emocional	108	143	82	20	5
Apoio Instrumental	148	160	20	68	4
Apoio de Informação	83	91	39	170	17

Da análise das tabelas 10 e 11 podemos concluir que a família é na maioria dos casos a base do apoio social para os inquiridos. Isto pode ser explicado pelo facto de 16,4% dos inquiridos estar numa situação de divórcio (7,3%) ou separação (9,1%).

Na dimensão *apoio socio-emocional*, a família mais próxima é uma grande fonte de apoio, bem como o cônjuge. Tal facto pode ser explicado por serem as pessoas mais próximas e íntimas do ponto de vista afetivo e relacional com quem o sujeito se sente mais disponível para conversar. Neste caso, os amigos aparecem como sendo os terceiros na lista a quem mais se recorre, possivelmente por se distanciarem no seu quotidiano.

Na dimensão *apoio instrumental*, a família continua a ser a fonte de apoio preferencial dos inquiridos. Existe também um número considerável de pessoas que recorre aos profissionais neste tipo de apoio, possivelmente por se tratar de um apoio mais imediato ao/à seu/sua filho/a portador/a de deficiência.

Finalmente, na dimensão de *apoio de informação*, a fonte de apoio privilegiada são os profissionais, como seria expectável, pois são eles que, na maior parte das vezes, têm a informação necessária, adequada e correta para ceder a estas famílias.

Concluindo, através da análise feita percebemos que a rede informal de apoio (cônjuge, família, amigos) surge como a fonte preferencial destes pais/mães no que toca ao apoio socio-emocional e instrumental. Por sua vez, a rede formal de apoio (instituições e profissionais) tende a ser mais requisitada em situações de apoio de informação comparativamente às outras dimensões, embora aqui também predomine a rede informal de apoio.

Estes resultados vão no mesmo sentido de outras investigações onde também se utilizou esta Escala de Apoio Social. Por exemplo, no estudo realizado em Portugal com pais/mães de filhos/as portadores/as de deficiência (Pimental & Dias, 2012), as autoras concluíram que a rede formal de apoio social apenas é referida para as necessidades de informação de saúde ou educação, mas que mesmo nesta dimensão as percentagens são inferiores comparativamente com a rede informal.

Noutro estudo realizado por Bailey, Nelson, Hebbeler e Spyker (2007), o apoio prestado pela rede informal, nomeadamente o cônjuge, também surgiu como o mais importante.

Com base nos dados da investigação podemos então concluir que os/as pais/mães de filhos/as portadores/as de deficiência apresentam uma rede de apoio social restrita, que se cinge maioritariamente ao cônjuge e aos familiares próximos.



Como profissionais de saúde devemos refletir sobre estes dados e tentar perceber onde devemos intervir a fim de capacitar estas famílias e o que podemos fazer para que estas famílias nos vejam, entendam e sintam como uma fonte de apoio capaz de as ajudar em qualquer situação.

### **3.1.3. Estudo das Hipóteses**

Segue-se a apresentação dos resultados, tendo em conta as nossas hipóteses de investigação. Optou-se por apresentar cada uma das hipóteses separadamente e para cada uma delas proceder de imediato à análise dos resultados e à sua discussão.

#### **Hipótese 1: Existem diferenças entre os pais e mães na perceção do tipo de relação de coparentalidade.**

A primeira hipótese por nós colocada prevê a existência de diferenças entre pais e mães na perceção do tipo de relação de coparentalidade. Ou seja, que o envolvimento e investimento paterno na relação de coparentalidade são distintos do envolvimento e investimento materno, como alguns estudos parecem indicar (e.g. Geiger, 1996 cit. por Deutsch, 2001; Wargner et al., 2005; Azinheiro, 2012).

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os pais e as mães na perceção do tipo de relação de coparentalidade, recorreremos ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, dado que as subamostras apresentam diferente número de efetivos e uma delas é constituída por um reduzido número de sujeitos (N=15).

Na tabela 12 são indicadas as médias e os desvios padrão dos resultados obtidos pelos pais e pelas mães em cada uma das dimensões da Escala de Coparentalidade, bem como os índices estatísticos obtidos na comparação de médias.

Tabela 12

*Estudo das diferenças em função do género dos participantes*

Dimensões	Género	N	Média	D.P	Z	Probabilidade
Integração Familiar/Afetividade	Masculino	15	27.73	6.42	-.133	.895
	Feminino	40	27.30	7.88		
Conflito/Difamação	Masculino	15	22.87	3.29	-.143	.887
	Feminino	40	21.80	5.21		

De acordo com a tabela 12 verifica-se os pais tendem a obter valores médios mais elevados do que as mães em ambas as dimensões da Escala de Coparentalidade de McHale, no entanto essas diferenças não são estatisticamente significativas, logo rejeita-se a hipótese 1.

Podemos então concluir que os pais e as mães que responderam ao nosso questionário têm a mesma perceção em relação ao tipo de aliança de coparentalidade que desenvolvem.

Estes resultados estão de acordo com os dados de investigações anteriores, onde também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre pais e mães no que diz respeito à perceção do tipo de relação que estabelecem entre si (e.g. Geiger, 1996 cit. por Deutsch, 2001; Wargner et al., 2005; Azinheiro, 2012).

Estes resultados podem ser explicados pela mudança no que respeita a divisão de papéis entre pais e mães relativamente às decisões sobre o/a filho/a. Isto denota que se antigamente eram as mães a ter a cargo as responsabilidades e as tarefas inerentes aos cuidados e à educação dos/as filhos/as, atualmente a tendência é para que exista um papel cada vez mais ativo dos pais nestas mesmas tarefas (Wagner et al., 2005). Para além de que a consciência de que a figura paterna é de extrema importância para a criança, está cada vez mais presente.

**Hipótese 2: Existem diferenças entre os participantes do estudo na perceção do tipo de relação de coparentalidade em função da área de residência.**

Na segunda hipótese por nós formulada, prevemos a existência de diferenças na perceção do tipo de relação coparental dos participantes, em função da área de residência se situar na Região Norte (Trás-os-Montes) ou na Região Sul (Alentejo) do país.

Tendo em conta que os dados foram recolhidos em duas regiões, com localização física e culturas distintas, ponderou-se a possibilidade de existirem diferenças no tipo de relação coparental em função da área de residência, ainda que em termos teóricos não tenhamos encontrado dados científicos que suportem esta hipótese.

De acordo com o estudo das diferenças em função da área de residência dos participantes, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da Escala de Coparentalidade de McHale em função da zona de residência (Trás-os-Montes vs. Alentejo), logo rejeita-se a hipótese 2.

### **Hipótese 3: Existem diferenças na coparentalidade em função do modelo familiar dos participantes**

Com a elaboração desta terceira hipótese augurávamos diferenças na coparentalidade em função do modelo familiar dos participantes. Ou seja, esperávamos encontrar diferenças na coparentalidade dos participantes que mantém uma relação conjugal (casados ou em união de facto) comparativamente aos participantes que se encontram separados ou divorciados.

Esta terceira hipótese surge no nosso estudo com base em investigações que demonstram que o tipo de estrutura familiar pode influenciar a relação coparental que se estabelece entre o casal. Por exemplo, Azinheiro (2012) encontrou diferenças estatisticamente significativas na relação coparental entre pais/mães que vivem uma relação conjugal e pais/mães que se encontram divorciados, sendo a relação de coparentalidade mais forte para os primeiros, sobretudo na dimensão “Integração Familiar/Afetividade”.

Na tabela 13 apresentam-se as médias e os desvios-padrão dos resultados obtidos pelos sujeitos em função do seu modelo familiar (casados ou em união de facto vs. separados ou divorciados), para cada uma das dimensões da Escala de Coparentalidade, bem como os índices estatísticos obtidos na comparação de médias (Teste Mann-Whitney).

Tabela 13

*Estudo das diferenças em função do modelo familiar dos participantes*

Dimensões	Estado Civil	N	Média	D.P	Z	Probabilidade
Integração Familiar/Afetividade	Casados e União de facto	46	28.35	7.03	-1.984	.047*
	Divorciados e Separados	9	22.67	8.14		
Conflito/Difamação	Casados e União de facto	46	22.48	4.51	-1.248	.212
	Divorciados e Separados	9	20.11	5.75		

**Nota:** \*significativo para  $p < .05$ ;

A análise da tabela 13 permite verificar que os participantes que vivem uma relação conjugal (casados ou em união de facto) apresentam valores médios mais elevados em ambas as dimensões da Escala de Coparentalidade face aos outros modelos familiares considerados (separados ou divorciados). No entanto, apenas na dimensão “Integração Familiar/Afetividade” essas diferenças se mostram estatisticamente significativas (para  $p < .05$ ). Estes dados parecem confirmar a nossa terceira hipótese e vão no sentido do de outras investigações (e.g. Azinheiro, 2012).

Desta forma pode concluir-se que o tipo de família representa uma variável com impacto na relação coparental. De acordo com os resultados por nós obtidos, os/as pais/mães divorciados ou separados apresentam menor capacidade para estabelecer uma relação de coparentalidade comparativamente com os/as pais/mães que mantêm uma relação conjugal. Contudo, estes últimos apresentam maiores valores na dimensão “Conflito/Difamação” que os/as pais/mães divorciados ou separados. Assim, é premente que os/as pais/mães, quer se encontrem divorciados ou mantenham uma relação conjugal, compreendam a importância da participação e apoio mútuo nas atividades relativas ao cuidado e à educação do/a seu/sua filho/a para que possam responder adequadamente às necessidades desenvolvimentais de cada elemento da família.

#### **Hipótese 4: Existem diferenças na coparentalidade em função das habilitações escolares dos participantes**

Com esta quarta hipótese esperávamos que existissem diferenças na coparentalidade em função das habilitações escolares dos participantes.

A consideração das habilitações escolares dos participantes na nossa investigação deve-se ao facto de admitirmos a sua relevância na vida de uma família e no seu impacto na capacidade de os/as pais/mães desenvolverem e manterem uma relação coparental.

Por exemplo, no estudo realizado por Azinheiro (2012), onde foi investigado o impacto do nível socioeconómico (profissão e habilitações literárias) na coparentalidade. A autora concluiu que o nível socioeconómico parece ser um indicativo da capacidade expressa pelos/as pais/mães para desenvolver e manter uma boa relação de coparentalidade. Os resultados obtidos sugerem que os/as pais/mães com um grau de escolaridade mais elevada (ensino superior) apresentam maior capacidade para manter uma relação coparental, quando comparados com os/as pais/mães que possuem um nível de escolaridade inferior (ensino básico).

Para analisar a existência de diferenças na relação coparental em função das habilitações escolares dos/as pais/mães, distribuámos os participantes do nosso estudo em dois grupos, um grupo com habilitações iguais ou inferiores ao 9º ano (Ensino Básico) e um grupo com habilitações superiores ao 9º ano (Ensino Secundário ou Superior), dada a reduzida dimensão das subamostras.

De acordo com o estudo das diferenças em função das habilitações escolares dos/as pais/mães, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da Escala de Coparentalidade de McHale em função das habilitações escolares dos participantes, logo rejeita-se a hipótese 4.

Podemos então concluir que os nossos resultados não corroboram os dados de outras investigações onde se têm encontrado diferenças estatisticamente significativas na relação coparental em função das habilitações escolares dos/as pais/mães (e.g. Azinheiro, 2012).

### **Hipótese 5: Existem diferenças na coparentalidade em função da situação profissional dos participantes.**

A quinta hipótese é respeitante à situação profissional dos inquiridos e era esperado que existissem diferenças entre os/as pais/mães empregados e os/as pais/mães não empregados.

A consideração da situação profissional dos participantes na nossa investigação deve-se ao facto de admitirmos a sua relevância na vida familiar e no seu impacto na capacidade de os/as pais/mães desenvolverem e manterem uma relação coparental.

Para a análise, considerou-se apenas dois grupos, o grupo dos empregados (por conta própria e por conta de outrem) e o grupo das outras situações profissionais (doméstico(a), desempregado(a) e reformado(a)), dada a dimensão reduzida destas subamostras.

De acordo com as análises estatísticas efetuadas, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da Escala de Coparentalidade de McHale em função da situação profissional dos/as pais/mães, logo rejeita-se a hipótese 5.

### **Hipótese 6: Existem diferenças na coparentalidade em função do género do/a filho/a portador/a de deficiência.**

Na sexta hipótese do presente estudo considerou-se a existência de diferenças na coparentalidade em função do género do/a filho/a portador/a de deficiência.

Esta hipótese surge a partir dos dados da investigação que parecem apontar para diferenças na relação de coparentalidade estabelecida entre os/as pais/mães quando se considera o género dos/as filhos/as (e.g. Feinberg & Kan 2008). Designadamente, McHale (1995) verificou que no caso de não existirem problemas conjugais entre os/as pais/mães, o pai tende a retrair-se na relação quando a criança é uma menina, enquanto que na presença de um menino, a relação coparental é marcada pela competição e pela agressão verbal.

De acordo com o estudo das diferenças em função do género do/a filho/a portador/a de deficiência, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente

significativas em nenhuma das dimensões da Escala de Coparentalidade de McHale em função do género do/a filho/a portador/a de deficiência, logo rejeita-se a hipótese 6.

Estes resultados apesar de não estarem de acordo com os dados de alguns estudos internacionais que apontam para a existência de diferenças na relação coparental em função do género dos/as filhos/as (e.g. Feinberg & Kan 2008; McHale, 1995), corroboram os resultados encontrados numa outra investigação realizada em Portugal onde também se utilizou a Escala de Coparentalidade de McHale (e.g. Azinheiro, 2012).

### **Hipótese 7: Existem diferenças na coparentalidade em função da idade do/a filho/a portador/a de deficiência.**

A hipótese número sete desta investigação prevê a existência de diferenças na coparentalidade em função da idade do/a filho/a portador/a de deficiência. Para facilitar a análise, considerou-se apenas dois grupos, o grupo a que chamamos “crianças/jovens” onde se encontram os/as portadores/as de deficiência até aos 18 anos inclusive e o grupo dos “adultos” (maiores de 18 anos), dada a dispersão de idades dos/as filhos/as portadores/as de deficiência encontrados neste estudo.

Esta hipótese foi formulada com base em estudos que revelaram diferenças na coparentalidade em função da idade dos/as filhos/as não portadores/as de deficiência (e.g. Margolin, Gordis & John, 2001). Estes autores demonstraram que em casais com filhos/as pré-escolares existia uma maior cooperação entre o casal do que entre os pais de pré-adolescentes. Estas diferenças foram justificadas pelo facto de os/as filhos/as em idades pré-escolares requerem um alto nível de cooperação e um grande trabalho em conjunto, de modo a atender às necessidades diárias destas crianças.

Noutro estudo realizado por Sifuentes e Bosa (2010) foi também demonstrado que a solidariedade e o apoio entre o casal ocorrem principalmente na fase do diagnóstico e de dificuldades comportamentais do/a filho/a.

De acordo com a análise estatística efetuada, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da Escala de

Coparentalidade de McHale em função da idade do/a filho/a portador/a de deficiência, logo rejeita-se a hipótese 7.

Estes resultados não corroboram, assim, os dados de outras investigações onde a idade dos/as filhos/as se tem mostrado determinante da relação coparental (e.g. Margolin, Gordis & John, 2001; Sifuentes & Bosa, 2010).

Contudo estes resultados podem ser facilmente percebidos já que as pessoas portadoras de deficiência necessitam de um cuidado contínuo e permanente ao longo da sua vida, desta forma é compreensível que nesta população não existam diferenças na coparentalidade em função da idade do/a filho/a, ao contrário do que acontece em famílias com filhos/filhas sem nenhum comprometimento no seu desenvolvimento.

**Hipótese 8: Existem diferenças na coparentalidade em função de o/a filho/a portador/a de deficiência ser ou não filho/a único/a.**

A oitava hipótese por nós colocada previa a existência de diferenças na coparentalidade em função do/a filho/a portador/a de deficiência ser ou não filho/a único/a.

Esta hipótese surgiu de acordo com investigações que sugerem que quando existem irmãos/irmãs tende a verificar-se uma falta de cuidados com os/as filhos/as não portadores/as de deficiência, devido ao facto de os pais se centrarem na criança portadora de deficiência, responsabilizando, muitas vezes, os/as filhos/as por tarefas que seriam do cuidador (Bayle & Martinet, 2008).

Na tabela 14 são apresentadas as médias e os desvios-padrão dos resultados obtidos pelos sujeitos quando se considera se o/a filho/a portador/a de deficiência é ou não filho/a único/a, para cada uma das dimensões da Escala de Coparentalidade, bem como os índices estatísticos obtidos na comparação de médias (Teste Mann-Whitney).



Tabela 14

*Estudo das diferenças em função de o/a filho/a portador/a de deficiência ser ou não filho/a único/a*

Dimensões	Ter ou não ter irmãos	N	Média	D.P	Z	Probabilidade
Integração Familiar/Afetividade	Não ter irmãos	11	31.45	6.70	-2.351	.019*
	Ter irmãos	44	26.41	7.36		
Conflito/Difamação	Não ter irmãos	11	23.18	4.47	-1.016	.309
	Ter irmãos	44	21.82	4.84		

Nota: \*significativo para  $p < .05$ ;

De acordo com a tabela 14 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão integração familiar/afetividade ( $p < .05$ ) a favor dos/as filhos/as únicos/as. Ou seja, nesta situação os pais/mães tendem a ser mais afetivos entre eles e com a criança, existindo também uma maior tendência dos pais para promover a unidade familiar em comparação com as famílias com um maior número de filhos.

#### **Hipótese 9: Existe uma relação positiva entre a coparentalidade e o apoio social prestado pelo cônjuge.**

Para a nona e última hipótese colocada neste estudo previa-se uma relação positiva entre a coparentalidade e o apoio social prestado pelo cônjuge.

Na tabela 15 apresentam-se os coeficientes de correlação entre as duas dimensões da Escala de Coparentalidade e o apoio social prestado pelo cônjuge.

Tabela 15

*Relação entre as dimensões da Escala de Coparentalidade e o Apoio Social prestado pelo cônjuge*

	Integração familiar/Afetividade	Conflito/Difamação
Apoio social prestado pelo cônjuge	.41*	.16

**Nota:** \*significativo para  $p < .05$ ;

A análise da tabela 15 permite verificar que existe uma relação positiva e estatisticamente significativa (para  $p < .05$ ) entre a dimensão integração familiar/afetividade e o apoio social prestado pelo cônjuge.

A relação entre a dimensão integração familiar/afetividade e o apoio social prestado pelo cônjuge pode ser explicada pelo facto de que quanto mais afeto existir entre os pais e quanto mais eles se esforçarem para promover a unidade familiar, maior apoio sentirão um no outro, sendo assim natural que recorram com mais frequência a este tipo de apoio.

Sendo o apoio social definido como o auxílio e a assistência de âmbito emocional, psicológico, informativo, instrumental e material prestado por elementos do sistema social, que influencia o comportamento de quem os recebe de uma forma positiva, torna-se expectável que quando o cônjuge fornece este auxílio a afetividade e a integração familiar sejam mais positivas (Dunst, 1996).

## Conclusão

Pretende-se com esta conclusão, por um lado, sistematizar os principais aspectos teóricos focados ao longo do trabalho resultantes da revisão literatura efetuada, e por outro, reportar os resultados obtidos no estudo empírico. Deste modo, iniciamos a presente dissertação pela apresentação dos contributos teóricos sobre a família com filhos/as portadores/as de deficiência mental com o objetivo de percebermos a relação coparental entre estes pais/mães e caracterizar a sua rede social de apoio. Passamos depois à apresentação e discussão dos resultados mais relevantes da presente investigação tendo em conta os nossos objetivos e hipóteses. Terminamos a nossa conclusão com a apresentação das limitações desta investigação e com algumas sugestões para investigações futuras.

O conceito atual de deficiência mental está associado à noção geral de incapacidade que incide sobre a expressão das limitações do funcionamento individual dentro de um contexto social e representa uma desvantagem substancial para a pessoa (Schalock, 2009).

Sendo a família o primeiro núcleo de desenvolvimento de um ser humano e o primeiro espaço social onde há a possibilidade de nos expressarmos como pessoas, é importante perceber como este núcleo funciona aquando do nascimento de um/a filho/a portador/a de deficiência (Bayle, 2005; Dessen & Silva, 2001). Neste contexto, é de prever que a aliança coparental ou coparentalidade, termo referente ao tipo de relacionamento e entendimento entre os pais em relação ao cuidado prestado ao/a filho/a assumam um papel importante para a obtenção de um ambiente favorável ao acolhimento e desenvolvimento do novo membro (Frizzo et al., 2005).

O anúncio de uma deficiência, de acordo com Dessen e Silva (2001) leva a família a iniciar um percurso com inúmeras dificuldades que terão de ser ultrapassadas para que a família encontre um novo equilíbrio.

O nascimento de uma criança portadora de deficiência implica que a família tenha que se adaptar a uma dupla exigência, por um lado, as exigências normativas do ciclo vital da família, por outro, as dificuldades, incapacidades e especificidades resultantes da deficiência (Pereira, 2005).

O conceito de apoio social surge nesta investigação por permitir direcionar o nosso olhar para diferentes tipos de apoio social que a família utiliza para ajudar a colmatar as necessidades e dificuldades ao ter um/a filho/a portador/a de deficiência.

O apoio ou suporte social é um conceito abrangente que diz respeito não só à coesão e à quantidade das relações sociais que o indivíduo estabelece, mas também à intensidade e frequência dos laços constituídos e ao modo como tal sistema de apoio é percebido (Jardim & Pereira, 2006). Relacionando-se este conceito com o conceito de coparentalidade, na medida em que os dois tocam o apoio que um cônjuge tem com o outro com objetivo de prestar o cuidado ao/à filho/a.

Desta forma, conhecer como os/as pais/mães negociam entre si as práticas educativas, a realização de tarefas domésticas e os cuidados com os/as filhos/as nesses contextos de deficiência é de vital importância.

No estudo empírico que realizámos, o nosso primeiro objetivo era apreciar as qualidades psicométricas da Escala de Coparentalidade de McHale (1997) aplicada no presente estudo a pais e mães com filhos/as portadores/as de deficiência, desta forma fomos estudar a sensibilidade, validade e fidelidade através dos testes estatísticos apropriados.

Os resultados de estudos anteriores com a Escala de Coparentalidade de McHale (1997) efetuados numa população com outras características apontaram para boas qualidades psicométricas (e.g. Azinheiro, 2012; Frascarolo et al., 2009). No entanto, apesar de um instrumento se revelar válido num determinado grupo ou contexto cultural não significa, automaticamente, que o seja num contexto diferente, motivo pelo qual nos propusemos estudar esta Escala em famílias com filhos/as portadores/as de deficiência mental.

A versão portuguesa utilizada por Azinheiro (2012) foi então aplicada a uma amostra de 55 pais/mães com filhos/as portadores/as de deficiência mental das regiões do Alentejo e Trás-os-Montes.

Através do estudo da *sensibilidade* dos resultados obtidos nos diferentes itens da Escala de Coparentalidade podemos concluir que os resultados evidenciam uma distribuição adequada, com valores que se aproximam da unidade. A distribuição dos resultados em todos os itens aproxima-se da curva normal, dado que os valores de assimetria e curtose são próximos de zero.

Para estudar a validade de constructo, recorreremos à Análise Fatorial Exploratória (AFE), de modo a verificar se a estrutura original se mantém (originalmente esta Escala foi construída para avaliar quatro dimensões).

A AFE permitiu extrair dois componentes (ou fatores), que explicam no seu conjunto 68.37% da variância.

O primeiro fator (“Integração Familiar/Afetividade”) é constituído por seis itens cujas saturações oscilam entre .63 e .94 e que explicam 44.21% da variância.

O segundo fator (“Conflito/Difamação”) é constituído por quatro itens que explicam 24.16% da variância, com saturações entre .85 e .93.

Definidas as duas dimensões da Escala de Coparentalidade de McHale calcularam-se os coeficientes de correlação corrigidos de cada item com o total da sua dimensão, assim como a sua contribuição para a consistência interna da subescala.

Verificou-se que em ambas as dimensões os itens correlacionam fortemente com o total, com valores que variam entre .59 e .81 na dimensão “Integração Familiar/Afetividade” e entre .80 e .87 na dimensão “Conflito/Difamação”. Os índices de fidelidade (alfa de Cronbach) são igualmente elevados para as duas dimensões (.90 e .93, respetivamente) e que a eliminação de qualquer item teria como consequência uma diminuição dos valores obtidos.

Concluindo, podemos afirmar que a Escala de Coparentalidade de McHale apresenta razoáveis qualidades psicométricas, mostrando-se adequada à população em estudo.

Quanto à Escala de Apoio Social, concluímos que a família é na maioria dos casos a base do apoio social para os inquiridos. Isto pode ser explicado pelo facto de 16,4% dos inquiridos estar numa situação de divórcio (7,3%) ou separação (9,1%).

Na dimensão *apoio socio-emocional*, a família mais próxima é uma grande fonte de apoio, bem como o cônjuge, isto pode ser explicado por serem as pessoas mais próximas e íntimas do ponto de vista afetivo e relacional com quem o sujeito se sente mais disponível para conversar.

Na dimensão *apoio instrumental*, a família continua a ser a fonte de apoio preferencial dos inquiridos. Existe também um número considerável de pessoas que recorre aos profissionais neste tipo de apoio, possivelmente por se tratar de um apoio mais imediato ao/à seu/sua filho/a portador/a de deficiência.

Finalmente, na dimensão de *apoio de informação*, a fonte de apoio privilegiada são os profissionais, como seria expectável, pois são eles que, na maior parte das vezes, têm a informação necessária, adequada e correta para ceder a estas famílias.

Concluindo, através da análise feita percebemos que a rede informal de apoio (cônjuge, família, amigos) surge como a fonte preferencial destes pais no que toca ao apoio socio-emocional e instrumental. Por sua vez, a rede formal de apoio (instituições e profissionais) tende a ser mais requisitada em situações de apoio de informação

comparativamente às outras dimensões, embora aqui também predomine a rede informal de apoio.

Passando aos principais resultados obtidos no presente estudo, concluímos que os participantes que vivem uma relação conjugal (casados ou em união de facto) apresentam valores médios mais elevados em ambas as dimensões da Escala de Coparentalidade face aos outros modelos familiares considerados (separados ou divorciados). No entanto, apenas na dimensão “Integração Familiar/Afetividade” essas diferenças mostram-se estatisticamente significativas.

Desta forma pode concluir-se que o tipo de família representa uma variável com impacto na relação coparental. De acordo com os resultados por nós obtidos, os pais divorciados ou separados apresentam menor capacidade para estabelecer uma relação de coparentalidade comparativamente com os pais que mantêm uma relação conjugal. Contudo, estes últimos apresentam maiores valores na dimensão “Conflito/Difamação” que os pais divorciados ou separados. Assim, é premente que os pais/mães, quer se encontrem divorciados ou mantenham uma relação conjugal, compreendam a importância da participação e apoio mútuo nas atividades relativas ao cuidado e à educação do/a seu/sua filho/a para que possam responder adequadamente às necessidades desenvolvimentais de cada elemento da família.

Outras das conclusões a que chegamos é que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão integração familiar/afetividade a favor dos/as filhos/as únicos/as. Ou seja, nesta situação os/as pais/mães tendem a ser mais afetivos entre eles e com a criança, existindo também uma maior tendência dos/as pais/mães para promover a unidade familiar em comparação com as famílias com um maior número de filhos/as.

Verificamos, também, que existe uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a dimensão integração familiar/afetividade e o apoio social prestado pelo cônjuge.

A relação entre a dimensão integração familiar/afetividade e o apoio social prestado pelo cônjuge pode ser explicada pelo facto de que quanto mais afeto existir entre os/as pais/mães e quanto mais eles se esforçarem para promover a unidade familiar, maior apoio sentirão um no outro, sendo assim natural que recorram com mais frequência a este tipo de apoio.

Sendo o apoio social definido como sendo o auxílio e a assistência de âmbito emocional, psicológico, informativo, instrumental e material prestado por elementos do sistema social, que influencia o comportamento de quem os recebe de uma forma

positiva, torna-se expectável que quando o cônjuge fornece este auxílio a afetividade e a integração familiar seja mais positiva (Dunst, 1996).

Sabendo que em qualquer investigação científica existem alguns fatores que condicionam ou limitam o processo de investigação, torna-se então importante refletir sobre eles e concluir se de alguma forma interferiram nos resultados obtidos.

Relativamente ao processo de recolha de dados gostaríamos de tecer as seguintes considerações:

Consideramos que a nossa amostra deveria ser constituída por mais elementos. Porém, face ao facto de todos os dados terem sido recolhidos através de questionário estamos cientes que uma amostra de 55 pais e mães de filhos/as portadores/as de deficiência mental só foi possível devido a um grande empenho e trabalho da nossa parte e das instituições envolvidas. De salientar, ainda, que apesar de ser desejável uma amostra de maiores dimensões, na verdade, a nossa amostra apresenta uma dimensão próxima e por vezes superior àquelas que têm sido utilizadas na maioria dos estudos consultados sobre esta matéria.

A utilização de um instrumento de recolha de dados deste tipo é uma forma eficiente de recolher informação de um grande número de respondentes, sendo fácil e rápido de ministrar. Todavia, estes estão dependentes da motivação dos sujeitos e da sua capacidade de resposta, para além do que, as respostas fechadas podem ter baixa validade.

Outro fator que pode ter limitado a nossa pesquisa é o facto de as instituições estarem a ser literalmente “bombardeadas” com estudos, o que pode ter condicionado e de forma compreensível a disponibilidade dos pais e das mães para o preenchimento do questionário.

A especificidade da linguagem utilizada pelos vários instrumentos associada à baixa escolaridade de alguns dos/as pais/mães levou a dificuldades no seu preenchimento, o que obrigou a um preenchimento acompanhado, este poderá ser outro fator limitador da nossa investigação, pois alguns dos protocolos que foram distribuídos, não foram preenchidos e/ou devolvidos.

Como foi possível constatar, algumas das nossas hipóteses não foram corroboradas por não se terem encontrado diferenças estatisticamente significativas, ainda que a simples comparação de médias apontasse para algumas diferenças, o que pode dever-se ao número reduzido de sujeitos nas diferentes subamostras avaliadas. Provavelmente, em amostras de maiores dimensões, essas diferenças poder-se-iam revelar estatisticamente significativas.

Torna-se, assim, importante a realização de outros estudos com esta população e que contemplem amostras de maiores dimensões.

Relativamente aos instrumentos de recolha de dados utilizados, propomos que a Escala de Coparentalidade de McHale seja revista e retificada (nomeadamente, o item 11, que se revelou ambíguo) e que esta Escala seja aplicada, tanto ao pai, como à mãe, de modo a obtermos uma visão mais global e aprofundada destas famílias.

A Escala de Apoio Social, sendo um instrumento que nos fornece grande informação (em termos de frequências), poderia ser útil se fosse transformada numa escala de *Likert*, permitindo assim outro tipo de análises estatísticas mais aprofundadas.

No nosso ponto de vista o estudo da coparentalidade é de grande relevância para um melhor entendimento sobre a família e as relações que se estabelecem. Contudo, pensamos que é importante que o estudo deste conceito se estenda a famílias com características particulares (e.g. famílias com filhos sobredotados; famílias homoparentais; famílias com pais adolescentes), para assim termos uma visão mais real e pormenorizada sobre o mesmo.

Sugere-se ainda que investigações futuras procurem explorar o papel dos irmãos em famílias com filhos/as portadores/as de deficiência.

Passando agora à relevância da nossa investigação, pensamos que a mesma se reveste de alguma importância teórica e prática. Em termos teóricos, pensamos ter contribuído de alguma forma para o estudo da coparentalidade entre pais e mães com filhos/as portadores/as de deficiência mental, visto que, existe pouca investigação sobre o tema. Cada vez mais tem-se denotado um interesse na investigação sobre a coparentalidade em pais/mães divorciados e sobre a sua influência nos/as filhos/as. Contudo, a investigação ainda está muito pobre no que toca à coparentalidade entre pais com filhos portadores de deficiência.

Em termos práticos, a compreensão destes fenómenos reveste-se de primordial importância para a intervenção. Ou seja, é importante que os técnicos estejam sensibilizados e percebam as interações existentes nestas famílias para que possam adequar a sua intervenção às reais necessidades dessas famílias. Na prática da Psicologia Educacional, este tema é importante porque é essencial perceber a deficiência, os significados de se ter um/a filho/a portador/a de deficiência e todas as implicações subjacentes na família e ao apoio social da mesma. Será também importante perceber o papel que a escola desempenha nesse apoio social.



Em suma, a reflexão que nos propusemos realizar com este trabalho poderá ser um contributo para uma intervenção adequada que permita aos pais/mães uma melhor forma de colaboração.



## Referências Bibliográficas

- Abidin, R. & Brunner, J. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 24(1), 31-40.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares – uma visão sistémica (3ª ed.)*. Coimbra: Quarteto.
- Alberto, I. (2005). *Relatório da disciplina "Psicologia da família"*. Trabalho não publicado realizado no âmbito de provas para professor associado, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação (3.ª ed.)*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (5ª ed.)*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, T. & Sampaio, F. M. (2007). Stresse e suporte social em famílias de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde & Doença*, 8(1), 145-151.
- American Association on Mental Retardation. (2002). *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC, USA: AAMR.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing (6th Ed.)*. New York: Macmillan Publish.
- Aranha, M.S.F. (1995). Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. *Temas em Psicologia*, 2, 63-70.
- Azineiro, L. (2012). *Coparentalidade e desenvolvimento de competências sócio-emocionais em crianças do 1º ciclo do ensino básico*. Dissertação de mestrado, Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Baião, C. F. (2008). *Aliança Parental e Estilos Parentais em Famílias com e sem Crianças Autistas*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Bailey, D., Nelson, L., Hebbeler, K. & Spyker, D. (2007). Modelling the impact of formal and informal supports for young children with disabilities and their families. *Pediatrics*, 120, 992-1001.
- Bailey, D. & Simeonsson, R. (1988). *Family Assessment in Early Intervention*. Columbus: Merrill Publishing Company.

- Barbosa, M., Pettengill, M., Farias, T. & Lemes, L. (2009). Cuidado da criança com deficiência: Suporte social acessado pelas mães. *Rev Gaúcha Enferm.*, 30(3), 406-412.
- Batista, S.M. & França, R.M. (2007). Família de Pessoas com Deficiência: Desafios e Superação. *Revista de Divulgação*, 3(10), 117-121.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro: Lisboa.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bayle, F. & Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Beja, M. J. (2009). *Escola e Família: da inevitabilidade da comunicação à construção de uma realidade relacional (Estudo exploratório no 1º ciclo do ensino básico)*. Tese de doutoramento, Universidade da Madeira, Madeira, Portugal.
- Bocchi, S. & Angelo, M. (2008). Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar – pessoa dependente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1). Acedido em 14 de Abril, 2014, de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_02.pdf)
- Carrapatoso, M. (2003). *Subsídios para o estudo da intervenção precoce centrada na família: Quais as percepções dos técnicos?* Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Carvalho, E. & Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation – AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia*, 11(2), 147-156.
- Castro, E. K. & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 515-524.
- Colissi, A. & Wendling, M. (2011). Pais de filhos com deficiência mental: Sentimentos, vivências e desafios perante a sociedade. In *I Salão de Extensão, pesquisa e pós-graduação IX mostra de iniciação científica*, Taquara, 3-8 Out. 2011.
- Corbella, M. (2006). Calidad de vida familiar: La familia como apoyo a la persona com parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*, 14(3), 327-341.
- Costa, M. (2004). *A família com filhos com Necessidades Educativas Especiais*. Revista do Instituto Politécnico de Viseu, nº 30. Viseu. Edições Millenium.
- Craveirinha, F. (2003). *Redes de Apoio Social em Intervenção Precoce, disponibilidade, utilidade e necessidades*, Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Técnica de Lisboa.

- Custódio, S. (2010). *Stresse, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Damásio, B.F. (2012). Uso da Análise Fatorial Exploratória em Psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.
- Dessen, M. & Silva, N. (2001). Deficiência mental e família: uma análise da produção científica.
- Deutsch, F. (2001). Equally Shared Parenting. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 25-28.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – O processo de comunicação no sistema familiar. *A Família um Sistema Dinâmico*, 19, 139-156.
- Dunst, C. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in Developmental Disabilities*, 165-201.
- Dunst, C. (1996). Early Intervention in the USA: Programs, Models and Practices. M. Brambring; H. Rauh; A Beelmann (Eds.), *Early Childhood Intervention: Theory evaluation and practice* (pp. 11-52). Berlin, New York: de Gruyter.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A.G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge: Brookline Books.
- Falicov, C. J. (1988). Family sociology and family therapy contributions to the family development framework: A comparative analysis and thoughts on future trends. In C. J. Falicov (Ed.), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle* (pp. 3-51). New York: The Guilford Press.
- Feinberg, M. & Kan, M. (2008). Establishing family foundations: Intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology*, 22, 253-263.
- Ferroni, G.M. & Cia, F. (2014). Estado da arte em revistas educacionais sobre estudos feitos com famílias de crianças com necessidades educativas especiais no período de 2001 a 2011. *Revista Educação Especial*, 27(48), 201-218.
- Fiamenghi, G. & Messa, A. (2007). Pais, Filhos e Deficiência: Estudos Sobre as Relações Familiares, 27(2), 236–245.
- Fontes, F. (2009). Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: Da caridade à cidadania social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 86, 73-93.
- Franco, V. & Apolónio, A.M. (2002). Desenvolvimento, Resiliência e Necessidades das Famílias com Crianças Deficientes. *Revista Ciência Psicológica*, 8. Acedido em 8 Maio, 2014, de

<http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/1788/1/Desenvolvimento%20e%20Resiliencia.pdf>

- Frascarolo, F., Dimitrova, N., Zimmermann, G., Favez, N., Kuersten-Hogan, R., Baker, J., & McHale, J. (2009). *Présentation de l'adaptation française de «l'échelle de coparentage» de McHale pour familles avec jeunes enfants*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(3), 221-226.
- Frizzo, G., Kreutz, C., Schmidt, C., Piccinini, C., & Bosa, C. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(3), 84-94.
- Gable, S., Belsky, J., & Crnic, K. (1992). Marriage, parenting and child development: Progress and prospects. *Journal of Family Psychology*, 5(3-4), 276-294.
- Gallagher, J. J.; Beckman, P.; Cross, A.H. (1983). Families of Handicapped Children. Sources of Stresse and its Amerioration. *The Journal of Special Education*, 50(9), 10-19.
- Gomes, A. M. (2008). Escola - um trampolim para a resiliência onde a adversidade é a deficiência. *Saber (e) Educar*, 13, 287-297.
- Gomes, V. F. & Bosa, C. (2004). Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com transtornos globais de desenvolvimento. *Estudos de Psicologia*, 9, 553-561.
- Gugel, M.A. (2007). Pessoas com Deficiência e o Direito ao Trabalho. *A pessoa com deficiência e sua relação com a história humanidade*. Florianópolis: Obra Jurídica.
- Guhur, M. (s.d.). A representação da deficiência mental numa perspectiva histórica. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 75-83.
- Ibarra, R. (2000). *Empresa Família una relación constructiva*. 1.<sup>a</sup> ed. México: Trillas.
- Lamela, D., Costa, R., & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 205-216.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.H., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A. & Snell, M.E. (2002). *Mental Retardation – definition, classification, and systems of support*. Washington, DC: American association on Mental Retardation.
- Machado, F.S. & Nazari, J. (s.d.) Aspectos históricos das pessoas com deficiência no contexto educacional: rumo a uma perspectiva inclusiva. Acedido em 8 Maio, 2014, de

[http://200.233.146.122:81/revistadigital/index.php/lentespedagogicas/article/view  
File/416/397](http://200.233.146.122:81/revistadigital/index.php/lentespedagogicas/article/view/File/416/397)

- Mahoney, G., O'Sullivan, P. & Dennenbaum, J. (1990). Maternal Perceptions of Early Intervention Services: A scale for Assessing Family-Focused Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10(1), 1-15.
- Margolin, G., Godis, E., & Jonh, R. (2001). Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 3-21.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McHale, J. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: the roles of marital distresse and child gender. *Development Psychological*, 31(6), 985-996.
- Messick S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from person`s responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741-749.
- Miranda, A. (2003). História, Deficiência e Educação Especial. Acedido em 8 Maio, 2014, de [http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/revis/revis15/art1\\_15.pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/revis/revis15/art1_15.pdf)
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2006). *Family therapy: Concepts and methods* (7ª ed.). New York: Gardner Press.
- Omote, S. (1994). Perspectivas para conceituação de deficiências. *Revista Brasileira de educação Especial*, 127-135.
- Pereira, F. (1996). *As Representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das Famílias*. Secretariado Nacional de Reabilitação. Lisboa.
- Pereira, M. C. (2005). *Autismo – A família e a escola face ao autismo*. Vila Nova de Gaia: Gailivro.
- Pessoti, I. (1984). *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pimentel, J.S. & Dias, S. (2012). Importância do fortalecimento das redes informais de apoio: Projecto Oficinas de Pais. *INFAD Revista de Psicologia*, 4(1), 355-363.
- Prati, L. E., & Koller, S. H. (2011). Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade: Perspetiva da Psicologia Positiva. *Psic. Clin.*, 23(1), 103-118.
- Raposo, H., Figueiredo, B., Lamela, D., Nunes-Costa, R., Castro, M. & Prego, J. (2010). Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. *Psic Clínica*, 38(1), 29-33.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, P.J.L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. 1.ª ed. Barcelona: Gedisa.
- Santos, N. (2005). *Projectos de Investigação em Psicologia: Guia para a sua elaboração e execução*. Évora: Núcleo de Estudantes de Psicologia da Universidade de Évora.
- Sampaio, R.F. & Luz, M.T. (2009). Human functioning and disability: exploring the scope of World Health Organization's international classification. *Cad. Saúde Pública*, 25(3), 475-483.
- Schalock, R.L. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40(1), 22-39.
- Sifuentes, M. & Bosa, C.A. (2010). Criando pré-escolares com autismo: Características e desafios da coparentalidade. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 477-485.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Turnbull, A. P. (2003). *Family Quality of Life Survey*. Kansas: Beach Center on Disability. University of Kansas.
- Van Egeren, L. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 453-477.
- Wagner, A. & Grzybowski, L.S. (2010). Casa do pai, casa da mãe: a coparentalidade após o divórcio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 77-87.
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C. & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 181-186.



## **Anexos**



## **Anexo I – Questionários**



## QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

### DADOS DOS PAIS:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  Feminino

Residência: \_\_\_\_\_

### Habilitações:

Básico incompleto

Básico (até ao 9º ano)

Secundário

Bacharelato/Licenciatura

Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento

Outras  Quais? \_\_\_\_\_

### Modelo familiar:

Casado(a)

União de facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Separado(a)

Divorciado(a)

Família adoptiva

### Situação Profissional:

Doméstico(a)

Desempregado(a)

Reformado(a)

Empregado(a): Por conta de outrem  Outra situação  Qual? \_\_\_\_\_

Por conta própria

Profissão: \_\_\_\_\_

### DADOS DO FILHO COM DEFICIÊNCIA:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  Feminino  Grau de dependência: \_\_\_\_\_

Tem irmãos? Não  Sim  Quantos? \_\_\_\_ Posição na fratria \_\_\_\_\_

**ESCALA DE COPARENTALIDADE DE MCHALE: TRADUÇÃO PORTUGUESA (Pires e Azinheiro, 2011)**

(Adaptado de Frascarolo et al., 2009)

<b>Escala de Coparentalidade</b>	Família n.º	.....
	Idade da	.....
	criança/jovem	.....
	Data	
	Preenchido por	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai
	Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	

Este questionário diz respeito ao papel parental que partilha com o seu/ a sua cónjuge/ ex-cónjuge. Pedimos que pense nas últimas semanas e indique, em média, quantas vezes apresentaram os comportamentos descritos nas páginas seguintes. Os esquemas presentes funcionam como auxiliares para a visualização dos cenários descritos.

Se tem vários filhos, por favor, descreva o comportamento de coparentalidade que se refere, exclusivamente, ao seu/ à sua filho(a) de.....anos.

---

### **Parte 1. Cônjuges/ Ex-cônjuges em conjunto**

O primeiro conjunto de questões diz respeito às situações em que você, o seu/ a sua cōnjuge/ ex-cōnjuge e o seu/ a sua filho(a) estão fisicamente presentes (por exemplo: estão os três no mesmo espaço, viajam juntos de carro, vão às compras, etc.). Considere apenas os momentos em que realmente está na companhia do seu/ da sua cōnjuge/ ex-cōnjuge (mesmo que isso signifique apenas algumas horas por semana). Não considere momentos em que o seu/ a sua cōnjuge/ ex-cōnjuge está ausente.

#### **Questão preliminar:**

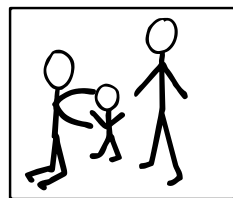
Por favor, estime o número de horas que passam os três juntos, realmente na companhia uns dos outros.

Em média, estamos juntos fisicamente no mesmo espaço ..... horas/ semana.

**A. Sinais de afeto e cumplicidade**

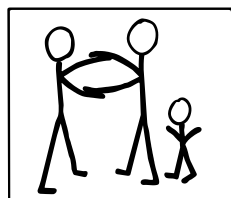
Quantas vezes, numa semana “normal”, é habitual (quando estão os três em conjunto):

1) Mostrar o seu afeto para com o seu / a sua filho(a) fisicamente (abraço, beijo, toque...)?



1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
------------	--	--	---	---	--	---

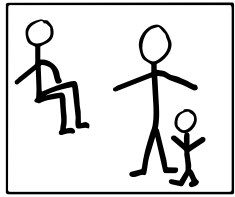
2) Mostrar o seu afeto para com o seu/ a sua cômjuge/ ex-cômjuge fisicamente (abraço, beijo, toque...)?



1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
------------	--	--	---	---	--	---



- 3) Dizer ou fazer alguma coisa intencionalmente para incentivar ou promover a troca de afeto entre o seu/ a sua c njuge/ ex-c njuge e o seu/ a sua filho(a) (por exemplo: “Vai mostrar   mãe o que desenhaste” ou “Acho que o pai gostaria de jogar este jogo”).

	1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
---	------------	--	--	---	---	--	---

**B. Disciplina na sua família**

- 4) Qual a percentagem de tempo em que está de acordo com o seu/ a sua c njuge/ ex-c njuge em rela o ao que devem ou não devem autorizar que o vosso /a vossa filho(a) faça? Estamos de acordo .....% do tempo. Utilize uma escala que varie entre 0% e 100% (em que 0% significa, nunca estão de acordo e 100%, estão sempre de acordo).
- 5) Na generalidade, qual é a percentagem de tempo em que é o único responsável pela disciplina? Sou responsável pela disciplina .....% do tempo (0%, significa nunca a 100%, significa sempre).
- 6) Quantas vezes, num dia t pico, o vosso/ a vossa filho(a) enfrenta as regras de uma forma que requeira a sua interven o ou a interven o do seu/ da sua c njuge/ ex-c njuge, através de palavras ou atos? (Assinale com um círculo a resposta escolhida)

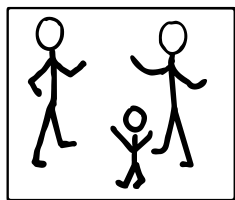
1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14 15-16 17-18 19-20 21-25 >25

- 1) Numa semana típica, quantas vezes discorda com o seu/ a sua cōnjuge/ ex-cōnjuge sobre o comportamento do seu/ da sua filho(a)? Temos cerca de ..... desacordos numa semana típica.
  
- 2) Aproximadamente, quantas vezes numa semana típica discutem a disciplina do vosso/ da vossa filho(a)? Conversamos sobre disciplina.....vezes por semana.

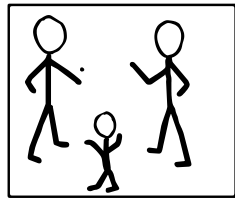
**C. Divergência de opinião entre cōnjuges/ Ex-cōnjuges**

Quantas vezes, numa semana típica (quando estão os três em conjunto):

- 9) Interveio ao observar que o seu/ a sua cōnjuge/ ex-cōnjuge foi incorreto numa situação com o seu/ a sua filho(a)?

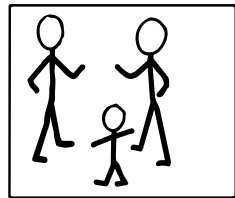
	<p>1 Nunca</p>	<p>2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)</p>	<p>3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)</p>	<p>4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)</p>	<p>5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)</p>	<p>6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)</p>	<p>7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)</p>
--	--------------------	---	---	--	--	---	--

10) Se encontra numa situação de discussão bastante tensa ou até mesmo sarcástica originada por um problema relacionado com o vosso(a) filho(a) (por exemplo, “ele/ ela tem de aprender a fazer isto sozinho(a)”, “eu não quero que ele/ ela vá” ou “ ele/ ela é demasiado pequeno/ pequena para compreendê-lo”)?



1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
------------	--	--	---	---	--	---

11) Discute com o seu/ a sua cónjuge/ ex-cónjuge sobre algo que o vosso(a) filho(a) tenha feito



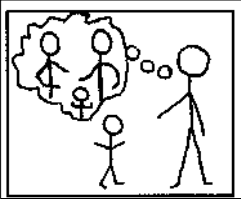
1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
------------	--	--	---	---	--	---

**C. Quando se encontra sozinho(a) com o seu/ a sua filho(a)**

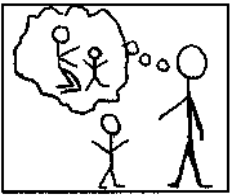
Agora é pedido que tenha uma opinião diferente. As questões que se seguem não se referem a momentos em que a família está toda junta. Estas questões dizem respeito a momentos em que se encontra sozinho(a) com o seu/ a sua filho(a) (em casa, no quarto do seu/ da sua filho(a), ao ar livre, no carro, etc.). Momentos em que o seu/ a sua cônjuge/ ex-cônjuge não está presente fisicamente.

Quantas vezes, numa semana típica:

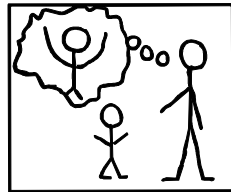
12) Diz algo ao seu/ à sua filho(a) sobre o seu agregado familiar? (Por exemplo, “Vamos fazer isto todos juntos, a mãe, o pai e tu”)

	1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
---	------------	--	--	---	---	--	---

13) Diz algo que melhore a imagem que o seu/ a sua filho(a) tem do seu/ da sua cônjuge/ ex-cônjuge? (Por exemplo, “O pai gosta muito de ti” ou “ A mãe está muito orgulhosa de ti”)

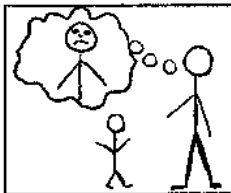
	1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
---	------------	--	--	---	---	--	---

14) Diz algo que introduza o seu/ a sua cōnjuge/ ex-cōnjuge ausente na conversa, de uma forma positiva? (Por exemplo, “A mãe gosta muito deste tipo de flores” ou “Aposto que o pai gostaria muito de ver isso”)



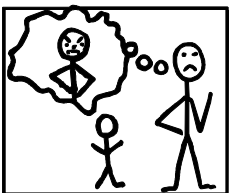
1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
------------	--	--	---	---	--	---

15) Faz um comentário sobre o seu/ a sua cōnjuge/ ex-cōnjuge, que pode gerar sentimentos negativos no seu/ na sua filho(a)? (Por exemplo, “É melhor não fazeres isso, o pai vai ficar furioso” ou “A mãe não vai gostar nada de te ver fazer isso”)



1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
------------	--	--	---	---	--	---

16) Diz algo ao seu/ à sua filho(a) claramente negativo ou depreciativo sobre o seu/ a sua cōnjuge/ ex-cōnjuge?



1 Nunca	2 Raramente (Recordo-me apenas 1 ou 2 vezes)	3 Ocasionalmente (Uma vez a cada 1 ou 2 meses)	4 Suficientemente (Talvez 1 vez por semana)	5 Frequentemente (3 a 4 vezes por semana)	6 Muito frequentemente (1 a 2 vezes por dia)	7 Constantemente (1 a 2 vezes por hora)
------------	--	--	---	---	--	---

### Escala de Apoio Social

Quem procura quando precisa de alguém:	Marido/ Esposa	Pais/ Sogros	Filhos	Irmãos/ Cunhados	Outros Familiars	Vizinhos	Amigos	Colegas de Trabalho	Instituições	Profissionais	Outros
1 - Que o/a ajude a tomar conta do(s) seu(s) filho(s).											
2 - Que o/a ajude a resolver problemas junto de Serviços.											
3 - Que o/a ajude nos aspectos práticos do seu dia-a-dia, em casa.											
4 - Em quem possa confiar e com quem possa falar das coisas que o/a preocupam.											
5 - Com quem possa conviver ou distrair-se.											
6 - Que o/a ajude a explicar o problema do(s) seu(s) filho(s) aos outros.											
7 - Que converse consigo quando necessita de conselhos.											
8 - Que o/a encoraje ou lhe dê força para seguir em frente quando as coisas lhe parecem difíceis.											
9 - Que o/a ajude a encontrar-se com outras famílias de filho(s) em situações semelhantes.											
10 - Com quem possa conversar e informar-se sobre como brincar, falar ou ensinar o(s) seu(s) filho(s).											
11 - Que cuide do(s) seu(s) filho(s) em caso de impossibilidade sua.											
12 - Com quem possa falar sobre questões relacionadas com a educação/saúde do(s) seu(s) filho(s).											
13 - Que o/a possa transportar ou ao(s) seu(s) filho(s) em caso de necessidade.											
14 - Que o/a possa informar sobre Serviços para o(s) seu(s) filho ou para outros familiares.											
15 - Que cuide do(s) seu(s) filho(s) para que possa dispor de mais tempo para si próprio/a.											

Versão adaptada da Escala de Apoio Social de C.J.Dunst, C.M. Trivette e A.G. Deal (*Enabling and Empowering Families : Principles and guidelines for practice*, 1998)





## **Anexo II – Pedido de Autorização às Instituições**



Exma. Dra. XX  
NOME DA INSTITUIÇÃO

**Assunto:** Solicitação de colaboração para realização de investigação

Ana Luísa Oliveira, portadora do CC nº xxxxxx, Licenciada em Psicologia pela Universidade de Évora, a concluir o Mestrado em Psicologia da Educação, vem solicitar à V<sup>a</sup>. Ex.<sup>a</sup> o consentimento e a colaboração para recolha de dados para a realização de uma investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado, a ser orientada pela Prof. Doutora Heldemerina Samutelela Pires, da Universidade de Évora.

A investigação tem como objetivo compreender a relação de cooperação existente entre o casal com filho com Necessidades Educativas Especiais e o apoio social. Para o efeito gostaríamos de contar com a vossa colaboração solicitando que os pais (pai/mãe) dos utentes da vossa instituição respondam ao questionário em anexo.

Salvaguarda-se que a investigação em causa não representará nenhum tipo de encargo financeiro para a instituição e que serão assegurados todos os procedimentos éticos na realização do estudo. Todos os dados serão confidenciais, não sendo portanto divulgada a identidade dos participantes.

A participação no estudo será efetuada mediante a assinatura de termo de consentimento, no qual constará o título, os objetivos, os procedimentos do estudo e a salvaguarda pelos direitos de confidencialidade e de cessação da participação a qualquer momento.

Junto remetemos os contactos da mestranda e da professora orientadora.

Com os melhores cumprimentos,

Évora, 6 de Dezembro de 2013

---

Ana Oliveira

Ana Oliveira, TM: xxxxxxxxx

Heldemerina Samutelela Pires,

Departamento de Psicologia – Universidade de Évora, telefone: xxxxxxxxx

TM: xxxxxxxxx



## **Anexo III – Frequências da Escala de Apoio Social**



## Frequências Escala de Apoio Social

<b>Quem procura quando precisa de alguém:</b>	<b>Marido/ Esposa</b>	<b>Pais/ Sogros</b>	<b>Filhos</b>	<b>Irmãos/ Cunhados</b>	<b>Outros Familiares</b>	<b>Vizinhos</b>	<b>Amigos</b>	<b>Colegas de Trabalho</b>	<b>Instituições (especifique)</b>	<b>Profissionais</b>	<b>Outros</b>
1 - Que o/a ajude a tomar conta do(s) seu(s) filho(s).	34	12	13	6	3	1	2	0	14	2	2
2 - Que o/a ajude a resolver problemas junto de Serviços.	27	6	3	5	1	0	2	0	8	11	0
3 - Que o/a ajude nos aspectos práticos do seu dia-a-dia, em casa.	35	6	11	2	2	1	1	0	3	2	0
4 - Em quem possa confiar e com quem possa falar das coisas que o/a preocupam.	30	9	10	8	4	1	11	3	2	1	1
5 - Com quem possa conviver ou distrair-se.	23	6	11	7	12	6	26	5	0	0	1
6 - Que o/a ajude a explicar o problema do(s) seu(s) filho(s) aos outros.	17	2	12	7	1	1	5	1	4	12	3
7 - Que converse consigo quando necessita de conselhos.	25	10	9	12	6	1	11	2	2	9	2
8 - Que o/a encoraje ou lhe dê força para seguir em frente quando as coisas lhe parecem difíceis.	30	8	15	11	5	1	13	2	2	4	1
9 - Que o/a ajude a encontrar-se com outras famílias de filho(s) em situações semelhantes.	1	3	0	3	1	0	10	0	22	8	5
10 - Com quem possa conversar e informar-se sobre como brincar, falar ou ensinar o(s) seu(s) filho(s).	10	6	4	2	3	1	5	1	18	19	6
11 - Que cuide do(s) seu(s) filho(s) em caso de impossibilidade sua.	27	11	13	8	2	0	3	0	16	3	0
12 - Com quem possa falar sobre questões relacionadas com a educação/saúde do(s) seu(s) filho(s).	21	8	8	4	2	1	5	0	14	16	2
13 - Que o/a possa transportar ou ao(s) seu(s) filho(s) em caso de necessidade.	33	5	12	10	2	2	5	2	10	3	2
14 - Que o/a possa informar sobre Serviços para o(s) seu(s) filho ou para outros familiares.	7	2	1	6	1	0	6	1	18	20	1
15 - Que cuide do(s) seu(s) filho(s) para que possa dispor de mais tempo para si próprio/a.	19	13	16	9	4	0	3	0	14	1	0
Total	339	107	138	100	49	16	108	17	147	111	26